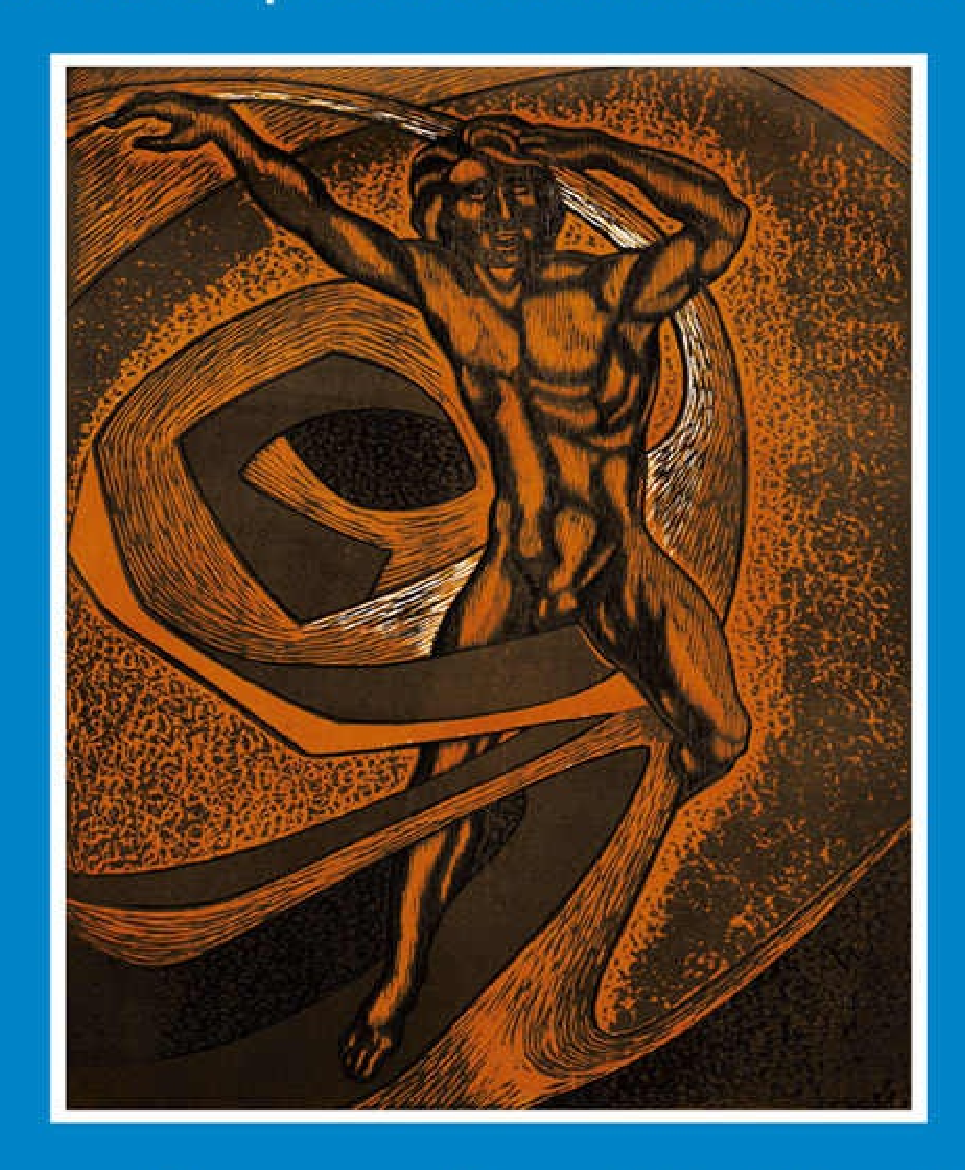
EL CUERPO LLEVA LA CUENTA

Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma



Bessel van der Kolk, M.D.



Elogios a *El cuerpo lleva la cuenta*

«Este libro es una obra maestra. Su punto de vista profundamente empático, revelador y compasivo augura una mayor humanización del tratamiento de las víctimas de traumas, una ampliación drástica del repertorio de prácticas de sanación autorreguladoras y opciones terapéuticas, así como el estímulo de un mayor pensamiento creativo y una mayor investigación sobre los traumas y su tratamiento efectivo. El cuerpo realmente lleva la cuenta, y la capacidad de van der Kolk de demostrarlo con interesantes descripciones del trabajo de otros, su propia trayectoria y experiencia pioneras a medida que el campo evolucionaba y él avanzaba con él y, por encima de todo, su descubrimiento de formas hábiles de trabajar con las personas aportando la conciencia al cuerpo (así como al pensamiento y a las emociones) a través del yoga, el movimiento y el teatro son un fantástico y bienvenido soplo de aire fresco que abre grandes posibilidades en el mundo terapéutico».

–Jon Kabat-Zinn, profesor emérito de Medicina, UMass Medical School; autor de *Full Catastrophe Living*

«Este excepcional libro será un clásico del pensamiento psiquiátrico moderno. El impacto de las experiencias abrumadoras solo puede comprenderse realmente cuando se integran varios campos de conocimiento diversos, como la neurociencia, la psicopatología del desarrollo y la neurobiología interpersonal, como esta obra hace de un modo único. No existe ningún otro volumen en el campo del estrés traumático que haya destilado estos campos de la ciencia con unos puntos de vista históricos y clínicos tan ricos y que haya llegado a unos enfoques de tratamiento tan innovadores. La claridad de visión y amplitud de conocimiento de esta obra única pero sumamente accesible es notable. Este libro constituye una lectura fundamental para todos los interesados en comprender y en tratar el estrés traumático y el alcance de su impacto en la sociedad».

–Alexander McFarlane AO, MB BS (con Honores) MD FRANZCP,

director del Centro de Estudios sobre Estrés Traumático, Universidad de Adelaida (Australia).

«Es un logro increíble del neurocientífico responsable en gran medida de la revolución contemporánea en la salud mental hacia el reconocimiento de que muchos problemas mentales son producto de traumas. Con la interesante redacción de un buen novelista, van der Kolk repasa su fascinante viaje de descubrimiento cuestionando los conocimientos establecidos en la psiquiatría. Intercaladas con esta narración, ofrece claras y comprensibles descripciones de la neurobiología del trauma; explicaciones de la inefectividad de los enfoques tradicionales del tratamiento de los traumas; e introducciones a los enfoques que llevan a los pacientes más allá de su mente cognitiva para sanar las partes de sí mismos que quedaron paralizadas en el pasado. Todo esto ilustrado vívidamente con casos dramáticos y justificado con una investigación convincente. Este libro es un punto de inflexión que se recordará como la obra que hará inclinar la balanza en la psiquiatría y en la cultura en general hacia el reconocimiento del peaje que los acontecimientos traumáticos y nuestros intentos de negar su impacto nos hacen pagar a todos».

–Richard Shwartz, creador de la terapia de los Sistemas Familiares Internos

«*El cuerpo lleva la cuenta* es claro, fascinante y difícil de dejar de leer, y está repleto de casos potentes. Van der Kolk, el eminente promotor del tratamiento del trauma, que ha pasado toda su carrera reuniendo a diferentes científicos y clínicos expertos en traumas y sus ideas, realizando al mismo tiempo sus fundamentales contribuciones, describe lo que se puede considerar la serie más importante de innovaciones en la salud mental de los últimos treinta años. Hemos sabido que el trauma psicológico fragmenta la mente. Aquí, vemos cómo el trauma psicológico rompe las conexiones no solo dentro del cerebro, sino también entre la mente *y* el cuerpo, y hemos aprendido los nuevos y emocionantes enfoques que permiten a la gente con las formas más graves de trauma volver a recomponerse».

–Norman Doidge, autor de The Brain *That Changes Itself*

«En *El cuerpo lleva la cuenta* compartimos el valiente viaje del autor hacia

los mundos disociativos paralelos de las víctimas de traumas y las disciplinas médicas y psicológicas que se supone que deben mitigarlos. En este interesante libro, aprendemos que a medida que nuestra mente intenta desesperadamente dejar el trauma atrás, nuestro cuerpo nos mantiene atrapados en el pasado con unas emociones y unos sentimientos sin palabras. Estas desconexiones internas caen como cascadas en forma de rupturas en las relaciones sociales con desastrosos efectos en los matrimonios, las familias y las amistades. Van der Kolk ofrece esperanza describiendo tratamientos y estrategias que han ayudado satisfactoriamente a sus pacientes a reconectar sus pensamientos con su cuerpo. Terminamos este viaje compartido comprendiendo que solo fomentando el autoconocimiento y recuperando una sensación interior de seguridad podremos, como especie, experimentar por completo la riqueza de la vida».

–Dr. Stephen W. Porges, profesor de Psiquiatría, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill; autor de *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-Regulation*

«Bessel van der Kolk es inigualable en su capacidad de sintetizar los sorprendentes desarrollos en el campo del trauma psicológico de las últimas décadas. Gracias en parte a su trabajo, el trauma psicológico (desde el maltrato y el abandono infantil crónicos hasta los traumas causados por la guerra y por los desastres naturales) se reconoce actualmente como una de las causas principales del colapso individual, social y cultural. En su magistralmente lúcida e interesante obra, van der Kolk nos lleva –tanto a los especialistas como al público en general– por su viaje personal y nos muestra qué ha aprendido de su investigación, de sus compañeros y estudiantes y, más importante aún, de sus pacientes. *El cuerpo lleva la cuenta* es, simplemente, brillante».

–Dr. Onno van der Hart, Universidad de Utrecht (Países Bajos); autor sénior, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*

«*El cuerpo lleva la cuenta* articula nuevos y mejores tratamientos para el estrés tóxico basados en una comprensión profunda de los efectos de los traumas en el desarrollo cerebral y en los sistemas de apego. Esta obra

constituye un emotivo sumario de lo que se sabe actualmente sobre los efectos de los traumas en las personas y en las sociedades, e introduce el potencial sanador tanto de los enfoques antiguos como modernos para ayudar a niños y a adultos víctimas de traumas a implicarse por completo en el presente».

> –Jessica Stern, asesora de políticas sobre terrorismo; autora de *Denial: A Memoir of Terror*

«Un libro para comprender el impacto de los traumas escrito por uno de los verdaderos pioneros en este campo. Es un libro poco habitual que integra la neurociencia más vanguardista con el conocimiento y la comprensión sobre la experiencia y el significado de los traumas para las personas que los han sufrido. Como su autor, este libro es inteligente y compasivo, en ocasiones bastante provocador y siempre interesante».

> –Glenn N. Saxe, MD, profesor y presidente de Arnold Simon, Departamento de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia; director, NYU Child Study Center, Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York.

«Fascinante exploración de una amplia gama de tratamientos terapéuticos que muestra a los lectores cómo hacerse cargo del proceso de sanación, recuperar una sensación de seguridad y encontrar la salida al atolladero del sufrimiento».

> –Dra. Francine Shapiro, creadora de la terapia EMDR; investigadora sénior, Emeritus Mental Research Institute; autora de *Getting Past Your Past*

«Como investigador sobre el apego, sé que los niños son seres psicobiológicos. Tienen tanto de cuerpo como de cerebro. Sin lenguaje ni símbolos, los niños usan cada uno de sus sistemas biológicos para entender lo que les pasa con respecto al mundo de las cosas y de las personas. Van der Kolk muestra que estos mismos sistemas siguen operando en cada edad, y que las experiencias traumáticas, especialmente las experiencias tóxicas crónicas durante el desarrollo precoz, producen una devastación psíquica. Teniendo esto en cuenta, aporta conocimiento y asesoramiento para los

supervivientes, investigadores y clínicos. Bessel van der Kolk puede centrarse en el cuerpo y en el trauma, pero menuda mente debe de tener para haber escrito este libro».

–Ed Tronick, profesor distinguido de la Universidad de Massachusetts, Boston; autor de *Neurobehavior and Social Emotional Development of Infants and Young Children*

«*El cuerpo lleva la cuenta* articula elocuentemente cómo las experiencias abrumadoras afectan el desarrollo del cerebro, del cuerpo y de la concienciación corporal, todo lo cual está íntimamente relacionado. Los descarrilamientos resultantes tienen un impacto profundo en la capacidad de amar y de trabajar. Esta rica integración de ejemplos de casos clínicos con innovadores estudios científicos nos proporciona una nueva manera de entender los traumas, que inevitablemente nos lleva a la exploración de nuevos enfoques terapéuticos que «renuevan las conexiones» del cerebro, y ayudan a las personas con traumas a volver a conectar con el presente. Este libro aportará a las personas que han sufrido algún trauma una guía para su sanación, y cambiará de un modo permanente el modo en que los psicólogos y los psiquiatras consideran el trauma y la recuperación».

–Dra. Ruth A. Lanius, MD, cátedra Harris-Woodman sobre Psique y Soma, profesora de Psiquiatría y directora de investigación sobre TEPT de la Universidad de Ontario Occidental; autora de *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease*

«Al hablar de comprender el impacto de los traumas y de poder seguir creciendo a pesar de unas experiencias vitales abrumadoras, Bessel van der Kolk lidera el camino con su conocimiento global, su valentía clínica y sus estrategias creativas para ayudarnos a sanar. *El cuerpo lleva la cuenta* permite a los lectores en general comprender de una forma innovadora los complejos efectos de los traumas, y constituye una guía sobre una amplia variedad de enfoques basados en la ciencia no solo para reducir el sufrimiento, sino para ir más allá de la mera supervivencia y para prosperar».

–Daniel J. Siegel, MD, profesor clínico, Facultad de Medicina de UCLA, autor de *Brainstorm: The Power and Purpose of the Teenage Brain; Mindsight: The New Science of Personal Transformation* y *The*

Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are

«En este fantástico libro, Bessel van der Kolk lleva al lector hacia un viaje cautivador repleto de fascinantes historias de pacientes y sus batallas interpretadas a través de la historia, la investigación y la neurociencia, que se vuelve accesible en palabras de un narrador de gran talento. Somos conscientes de los valientes esfuerzos del autor para comprender y tratar los traumas en los últimos cuarenta años, cuyos resultados han abierto nuevos caminos y han cuestionado el *statu quo* de la psiquiatría y la psicoterapia. *El cuerpo lleva la cuenta* nos deja con una profunda apreciación y una clara percepción de los debilitantes efectos de los traumas, junto con cierta esperanza sobre el futuro gracias a las fascinantes descripciones de nuevos enfoques en el tratamiento. Esta excelente obra es de lectura absolutamente esencial no solo para los terapeutas, sino también para quien quiera comprender, evitar o tratar el inmenso sufrimiento causado por los traumas».

–Dr. Pat Ogden, fundador/director educativo del Sensorimotor Psychotherapy Institute; autor de *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*

«Es una obra maestra de poderoso conocimiento y coraje, uno de los trabajos más inteligentes y útiles sobre el trauma de los que he leído jamás. El docotr van der Kolk ofrece una síntesis brillante de casos clínicos, neurociencia, herramientas poderosas y afectuosa humanidad, ofreciendo un nuevo nivel de sanación para los traumas que tantas personas llevan sobre sus espaldas».

–Jack Kornfield, autor de *A Path with Heart*

EL CUERPO LLEVA LA CUENTA

Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma

Bessel van der Kolk, M.D.

Traducción del inglés por
Montserrat Foz Casals



Título original: *The body keeps the score : brain, mind, and body in the healing of trauma*

Publicado originalmente en inglés en EE.UU. por Viking Penguin, miembro de Penguin Group (USA) LLC, 2014

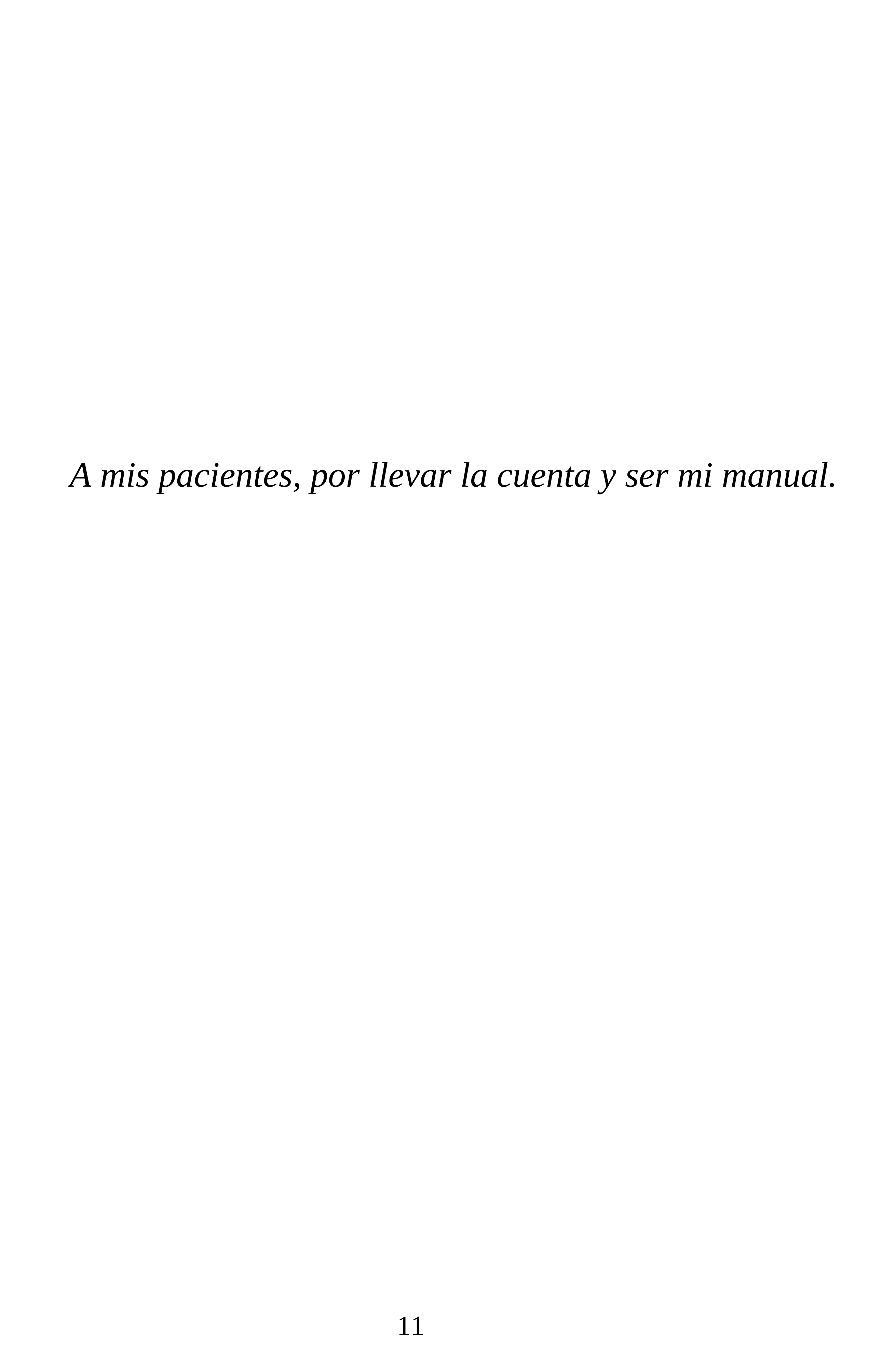
Olivella, Barcelona, España

www.editorialeleftheria.com

Primera edición: Noviembre 2015

Ilustración de cubierta: Georgina Farías Nicolópulos
Maquetación y diseño: Rebeca Podio

ISBN: 978-84-944801-5-7



A mis pacientes, por llevar la cuenta y ser mi manual.

CONTENIDOS

EL CUERPO LLEVA LA CUENTA

PRÓLOGO

HACER FRENTE AL TRAUMA

No es necesario ser soldado de guerra, ni visitar un campo de refugiados en Siria o en el Congo para encontrar el trauma. Los traumas nos suceden a nosotros, a nuestros amigos, a nuestros familiares y a nuestros vecinos. Los estudios de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades han demostrado que uno de cada cinco estadounidenses sufrió abusos sexuales de niño; uno de cada cuatro fue físicamente maltratado por uno de sus progenitores hasta el punto de dejarle alguna marca en el cuerpo; y una de cada tres parejas recurre a la violencia física. Un cuarto de nosotros creció con familiares alcohólicos, y uno de cada ocho ha sido testigo de cómo pegaban a su madre.[1]

Como seres humanos, somos una especie sumamente resiliente. Desde tiempos inmemoriales, hemos ido recuperándonos de incesantes guerras, de innumerables desastres (tanto naturales como provocados por el hombre) y de la violencia y las traiciones en nuestra propia vida. Pero las experiencias traumáticas dejan huella, tanto a gran escala (en nuestras historias y culturas)

como cerca de nuestro hogar, en nuestras familias, con oscuros secretos que pasan imperceptiblemente de generación en generación. También dejan huella en nuestra mente y en nuestras emociones, en nuestra capacidad de disfrutar y de mantener relaciones íntimas, e incluso en nuestra biología y nuestro sistema inmunológico.

El trauma no solo afecta a aquellos que están directamente expuestos a él, sino también a quienes los rodean. Los soldados que vuelven a casa después de combatir pueden asustar a sus familias con sus ataques de rabia y su ausencia emocional. Las viudas de los hombres que sufren trastorno por estrés postraumático (TEPT) suelen sufrir depresión, y los hijos de madres con depresión corren el riesgo de crecer con inseguridad y ansiedad. Haber estado expuesto a la violencia en la infancia suele dificultar el establecimiento de relaciones estables y de confianza en la edad adulta.

El trauma, por definición, es insoportable e intolerable. La mayoría de las víctimas de violaciones, de los soldados de combate y de los niños que han sufrido abusos sexuales sufren tanto cuando piensan en lo que han vivido que intentan sacárselo de la cabeza, intentan actuar como si no hubiera sucedido nada para seguir adelante. Hace falta muchísima energía para seguir funcionando llevando sobre las espaldas el recuerdo del terror y la culpabilidad por la debilidad y la vulnerabilidad más absolutas.

Aunque todos queramos seguir avanzando y dejar atrás el trauma, a la parte de nuestro cerebro que garantiza nuestra supervivencia (por debajo de nuestro cerebro racional) no se le da muy bien la negación. Mucho después de la experiencia traumática, esta parte puede reactivarse ante el menor atisbo de peligro y movilizar los circuitos cerebrales alterados y secretar enormes cantidades de hormonas del estrés. Ello precipita emociones desagradables, sensaciones físicas intensas y acciones impulsivas y agresivas. Estas reacciones postraumáticas parecen incomprensibles y abrumadoras. Al sentirse fuera de control, los supervivientes de traumas empiezan a temer estar dañados en lo más profundo de sí mismos sin posibilidad de redención.

La primera vez que recuerdo haber querido estudiar Medicina fue en un campamento de verano a los catorce años. Mi primo Michael me tuvo despierto toda la noche contándome el complejo funcionamiento de los riñones, cómo secretan el material de desecho del cuerpo y luego reabsorben las sustancias químicas que mantienen el sistema en equilibrio. Su relato sobre el milagroso funcionamiento del cuerpo me tenía fascinado. Más adelante, durante cada fase de mi formación médica, tanto si estudiaba

cirugía, cardiología o pediatría, me resultaba cada vez más evidente que la clave para la curación era conocer el funcionamiento del organismo humano. Cuando empecé la rotación en psiquiatría, sin embargo, me sorprendió el contraste entre la increíble complejidad de la mente y los modos en que los seres humanos están conectados y vinculados entre sí, con lo poco que sabían los psiquiatras sobre los problemas que estaban tratando. ¿Cómo saber tanto algún día sobre el cerebro, la mente y el amor como lo que sabemos de los otros sistemas que componen nuestro organismo?

Obviamente, todavía estamos muy lejos de disponer de este tipo de conocimiento detallado, pero el nacimiento de tres nuevas ramas de la ciencia ha generado en una explosión del conocimiento sobre los efectos del trauma psicológico, el maltrato y el abandono. Estas nuevas disciplinas son la neurociencia (el estudio de cómo el cerebro soporta los procesos mentales); la psicopatología del desarrollo (el estudio del impacto de las experiencias negativas en el desarrollo de la mente y del cerebro), y la neurobiología interpersonal (el estudio de cómo influye nuestro comportamiento en las emociones, la biología y la mentalidad de la gente que nos rodea).

La investigación en estas nuevas disciplinas ha revelado que el trauma produce verdaderos cambios fisiológicos, incluyendo el recalibrado de la alarma del sistema cerebral, un aumento en la actividad de las hormonas del estrés y alteraciones en el sistema que distingue la información relevante de la irrelevante. Sabemos cómo afecta el trauma a la parte del cerebro que transmite la sensación física de estar vivos. Estos cambios explican por qué las personas traumatizadas desarrollan una hipervigilancia ante las amenazas, a costa de la espontaneidad en su vida diaria. También nos ayudan a entender por qué la gente traumatizada suele sufrir repetidamente los mismos problemas y por qué le cuesta tanto aprender de la experiencia. Sabemos que su comportamiento no es resultado de ningún defecto moral, ni de una falta de fuerza de voluntad, ni de su mal carácter: es causado por unos cambios reales en el cerebro.

Este mayor conocimiento sobre los procesos básicos que subyacen tras el trauma también ha abierto nuevas posibilidades para paliar o incluso revertir sus daños. Ahora, podemos desarrollar métodos y experimentos que recurren a la propia neuroplasticidad natural del cerebro para ayudar a los supervivientes a sentirse completamente vivos en el presente y a seguir adelante con su vida. Existen fundamentalmente tres vías: 1) de arriba abajo, hablando, (re)conectando con los demás, permitiéndonos saber y comprender

qué nos sucede mientras procesamos los recuerdos del trauma; 2) tomando fármacos para silenciar las reacciones de alarma inadecuadas, o utilizando otras tecnologías que cambian el modo en que el cerebro organiza la información, y 3) de abajo arriba, permitiendo que el cuerpo tenga experiencias que contradigan profunda e instintivamente la impotencia, la rabia o el colapso resultantes del trauma. Saber cuál es mejor para cada superviviente particular es una cuestión empírica. La mayoría de las personas con las que he trabajado han necesitado una combinación de las tres.

En esto he trabajado toda mi vida. En este empeño, he contado con el apoyo de mis compañeros y estudiantes del Trauma Center, que fundé hace treinta años. Juntos, hemos tratado a miles de niños y adultos con traumas: víctimas de abusos infantiles, de desastres naturales, de guerras, de accidentes y de la trata de personas; personas que han sido atacadas por conocidos y por extraños. Tenemos una larga tradición de hablar profundamente de nuestros pacientes en las reuniones semanales del equipo de tratamiento y de seguir con atención cómo funcionan los diferentes tratamientos para cada uno de ellos individualmente.

Nuestra principal misión siempre ha sido asistir a los niños y a los adultos que han venido a nuestro centro a tratarse, pero desde el principio también nos hemos dedicado a investigar para explorar los efectos del estrés traumático en varias poblaciones y determinar qué tratamientos funcionan mejor para quién. Hemos recibido becas de investigación del Instituto Nacional de Salud Mental, del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, de los Centros de Control de Enfermedades y de varias fundaciones privadas para estudiar la eficacia de muchas formas de tratamiento diferentes, desde medicaciones hasta terapia conversacional, yoga, EMDR, teatro y neurofeedback.

El reto es el siguiente: ¿cómo recuperar el control sobre los restos de los traumas del pasado y volver a adueñarnos de nuestra propia vida? Las conversaciones, la comprensión y las conexiones humanas ayudan, y los fármacos pueden calmar los sistemas de alarma hiperactivos. Pero como también veremos, las huellas del pasado pueden transformarse teniendo experiencias físicas que contradigan directamente la impotencia, la rabia y el colapso que forman parte del trauma, recuperando así el autocontrol. No tengo ningún tratamiento predilecto, porque no hay un único enfoque que sirva para todo el mundo, sino que practico todas las formas de tratamiento que describo en este libro. Cada una de ellas puede producir cambios

profundos, dependiendo de la naturaleza del problema en cuestión y la constitución de cada persona.

Escribí este libro para que sirviera como guía y como invitación; una invitación a enfrentarnos a la realidad del trauma, a explorar el mejor modo de tratarlo y a comprometernos, como sociedad, a usar todos los medios de los que disponemos para evitarlo.

PARTE 1

REDESCUBRIR EL TRAUMA

CAPÍTULO 1

LECCIONES DE LOS VETERANOS DE VIETNAM

Me convertí en lo que soy ahora a los doce años, en un frío y nublado día de invierno de 1975… Fue hace mucho tiempo, pero lo que dicen sobre el pasado no es verdad… Mirando ahora hacia atrás, me doy cuenta de que llevo los últimos veintiséis años asomándome a ese callejón desierto.

–Khaled Hosseini, *The Kite Runner*

La vida de algunas personas parece fluir como en una narración; la mía ha tenido varias paradas y arranques. Esto es lo que hace el trauma. Interrumpe la trama… Simplemente sucede y la vida sigue. Nadie te prepara para ello.

–Jessica Stern, Denial: *A Memoir of Terror*

Mi primer día como psiquiatra en plantilla de la Clínica de Boston de la Administración para Asuntos de los Veteranos (Estados Unidos) fue el jueves después del fin de semana del 4 de julio de 1978. Mientras colgaba una reproducción de mi cuadro favorito de Breughel (El ciego guiando al ciego) en la pared de mi nueva consulta, escuché cierto alboroto en la zona de recepción, al final del pasillo. Al cabo de un rato, un hombre grande y

desaliñado, con un traje de tres piezas manchado, con una copia de la revista Soldier of Fortune bajo el brazo, irrumpió en mi consulta. Estaba tan alterado y tan claramente resacoso que me pregunté cómo podría ayudar a esa mole. Le pedí que tomara asiento y que me contara qué podía hacer por él.

Se llamaba Tom. Diez años antes había sido marine sirviendo en Vietnam. Se había pasado el fin de semana festivo encerrado en su despacho de abogado del centro de Boston, bebiendo y mirando fotografías antiguas, en lugar de con su familia. Sabía por años anteriores que el ruido, los fuegos artificiales, el calor, y el picnic en el patio de su hermana, con todo el extenso follaje de principios de verano como telón de fondo (todo lo cual le recordaba Vietnam) le volvería loco. Al ponerse tan mal, tuvo miedo de estar con su familia porque se comportaba como un monstruo con su esposa y sus dos hijos pequeños. El ruido de los niños le alteraba tanto que tenía que salir de casa hecho una furia para no hacerles daño. Solo se calmaba bebiendo para olvidar o conduciendo su Harley-Davidson a velocidades peligrosas.

La noche tampoco le daba mucha tregua, ya que se despertaba constantemente con pesadillas sobre una emboscada en un arrozal en 'Nam, en el que todos los miembros de su pelotón morían o terminaban heridos. También sufría unos terribles flashbacks en los que veía a niños vietnamitas muertos. Las pesadillas eran tan horribles que temía quedarse dormido, así que a menudo permanecía despierto la mayor parte de la noche, bebiendo. Por la mañana, su esposa solía encontrarle tirado en el sofá del salón de su casa, y ella y los niños tenían que andar de puntillas alrededor suyo mientras desayunaban antes de ir a la escuela.

Para ponerme al corriente de su historial, Tom me contó que se había graduado en la universidad en 1965, con las mejores calificaciones de su clase. En línea con la tradición familiar de servicio militar, se enroló en el cuerpo de los Marines inmediatamente después de graduarse. Su padre había servido en la II Guerra Mundial, en el ejército del general Patton, y Tom nunca cuestionó las expectativas de su padre. Atlético, inteligente y líder evidente, Tom se sentía poderoso y efectivo tras realizar la formación básica, un miembro del equipo que se sentía preparado para casi todo. En Vietnam, enseguida se convirtió en el líder del pelotón, al cargo de otros ocho marines. Sobrevivir abriéndose paso por el barro bajo los disparos de ametralladoras puede dejar a la gente con una percepción sobre sí misma y sobre sus compañeros bastante positiva. Al final de su misión militar, Tom se licenció con honores, y todo lo que quería era dejar Vietnam atrás. Aparentemente,

eso es lo que hizo. Fue a la universidad gracias a la ley de ayuda para veteranos (la G.I. Bill) y se licenció en la Facultad de Derecho, se casó con su novia del instituto y tuvo dos hijos. A Tom le preocupaba lo mucho que le costaba sentir un cariño real hacia su mujer, aunque sus cartas le habían mantenido en vida en la locura de la selva. Tom vivía maquinalmente una vida normal, esperando que fingirla le permitiría aprender a volver a ser el de antes. Ahora tenía un despacho de abogado y una perfecta familia de postal, pero no se sentía normal; se sentía muerto por dentro.

Aunque Tom fue el primer veterano que conocí a nivel profesional, muchos aspectos de su historia me resultaban familiares. Yo crecí en la Holanda de la posguerra, jugando en edificios bombardeados, con un padre que se había opuesto con tanto fervor a los nazis que fue enviado a un campo de internamiento. Mi padre nunca habló de su experiencia en la guerra, pero de vez en cuando sufría unos ataques de rabia explosiva que, como niño pequeño, me sorprendían. ¿Cómo podía ser que el hombre que cada día escuchaba bajar sigilosamente las escaleras para rezar y leer la Biblia mientras el resto de la familia dormía podía tener ese temperamento tan aterrador? ¿Cómo podía alguien cuya mujer estaba dedicada a la búsqueda de la justicia social estar tan lleno de rabia? Fui testigo del mismo comportamiento desconcertante con mi tío, que fue capturado por los japoneses en las Indias Orientales holandesas (la actual Indonesia) y enviado como mano de obra esclava a Birmania, donde trabajó en el famoso puente sobre el río Kwai. Tampoco mencionó casi nunca la guerra, y él también sufría ataques incontrolables de ira.

Mientras escuchaba a Tom, me preguntaba si mi tío y mi padre habían sufrido pesadillas y *flashbacks;* si ellos también se sentían desconectados de sus seres queridos e incapaces de experimentar el verdadero placer en la vida. En alguna parte en el fondo de mi mente, también debo de tener recuerdos de mi aterrada –y a menudo aterradora– madre, a cuyo trauma infantil en ocasiones se hacía alusión y que, según creo ahora, ella recreaba con frecuencia. Tenía la inquietante costumbre de desmayarse cuando le preguntaba cómo era su vida de pequeña y luego culparme a mí por hacerla sentir tan mal.

Tranquilizado por mi interés evidente, Tom se calmó y me contó lo asustado y confundido que estaba. Tenía miedo de volverse como su padre, que siempre estaba enfadado y casi nunca hablaba con sus hijos, salvo para compararlos desfavorablemente con sus compañeros que habían perdido la

vida en las Navidades de 1944, durante la batalla de las Ardenas.

A medida que la sesión se iba acercando a su fin, hice lo que suelen hacer los médicos: me centré en la parte de la historia de Tom que creía haber comprendido: sus pesadillas. Cuando estudiaba Medicina, trabajé en un laboratorio del sueño, observando los ciclos de sueño de los pacientes, y colaboré en la redacción de algunos artículos sobre pesadillas. También participé en algunos estudios tempranos sobre los efectos beneficiosos de los fármacos psicoactivos que se estaban empezando a utilizar en los años setenta. Así pues, aunque no comprendía del todo el alcance de los problemas de Tom, las pesadillas eran algo que conocía mejor y, como ferviente creyente en que la química puede proporcionarnos una vida mejor, le receté un fármaco que sabía que era efectivo para reducir la incidencia y la gravedad de las pesadillas. Programé una visita de seguimiento para Tom al cabo de dos semanas.

Cuando volvió para la siguiente visita, le pregunté ansiosamente cómo le había ido el fármaco. Me dijo que no se había tomado ninguna pastilla. Intentando ocultar mi irritación, le pregunté por qué. «Me di cuenta de que si me tomaba las pastillas y las pesadillas desaparecían –me dijo–, estaría abandonando a mis amigos y su muerte habría sido en vano. Debo ser el homenaje vivo de mis amigos que murieron en Vietnam».

Me quedé perplejo. La lealtad de Tom hacia los muertos le estaba impidiendo vivir su propia vida, igual que la devoción de su padre hacia sus amigos le había impedido vivir la suya. Las experiencias del padre y del hijo en el campo de batalla habían convertido el resto de su vida en irrelevante. ¿Cómo había sucedido, y qué podíamos hacer al respecto? Esa mañana me di cuenta de que probablemente dedicaría el resto de mi vida profesional a intentar desvelar los misterios del trauma. ¿Cómo hacen las experiencias horribles que la gente permanezca irremediablemente atascada en el pasado? ¿Qué sucede en la mente y en el cerebro de la gente que la mantiene paralizada, atrapada en un lugar del que desean escapar desesperadamente? ¿Por qué la guerra de ese hombre no llegó a su fin en febrero de 1969, con el abrazo de sus padres en el aeropuerto internacional Logan de Boston tras su largo vuelo desde Da Nang?

La necesidad de Tom de vivir su vida como un homenaje a sus compañeros me hizo entender que estaba sufriendo una patología mucho más compleja que simplemente tener malos recuerdos o una química cerebral alterada, o unos circuitos del miedo alterados en el cerebro. Antes de la

emboscada en el arrozal, Tom había sido un amigo entregado y leal, una persona que disfrutaba de la vida, con muchos intereses y placeres. En un momento aterrador, el trauma lo había transformado todo.

Durante mi época en la Administración para Asuntos de los Veteranos (VA), conocí a muchos hombres que respondían de un modo similar. Al enfrentarse a frustraciones incluso menores, nuestros veteranos solían mostrar de forma instantánea una rabia extrema. Las zonas públicas de la clínica estaban marcadas con los impactos de sus puños en el panel de yeso, y los agentes de seguridad estaban muy ocupados protegiendo a agentes y recepcionistas de la rabia de los veteranos. Obviamente, su comportamiento nos asustaba, pero a mí también me intrigaba.

En casa, mi esposa y yo nos enfrentábamos a problemas similares con nuestros hijos pequeños, que a menudo tenían rabietas cuando les pedíamos que se comieran las espinacas o que se pusieran unos calcetines. Entonces, ¿por qué el comportamiento inmaduro de mis hijos no me inquietaba en absoluto, pero me preocupaba profundamente lo que sucedía con los veteranos (dejando de lado su tamaño, obviamente, con el potencial de hacer mucho más daño que mis dos pequeños en casa)? La razón era que confiaba plenamente en que, con los cuidados adecuados, mis hijos aprenderían gradualmente a manejar las frustraciones y las decepciones. Sin embargo, era bastante escéptico sobre mi capacidad de ayudar a mis veteranos a readquirir las capacidades de autocontrol y de autorregulación que habían perdido en la guerra.

Desgraciadamente, en mi formación psiquiátrica, nada me había preparado para manejar ninguno de los retos que presentaban Tom y sus compañeros. Bajé a la biblioteca médica para consultar libros sobre neurosis, neurosis de guerra, fatiga de batalla o cualquier otro término o diagnóstico que se me pudiera ocurrir que arrojara un poco de luz sobre mis pacientes. Para mi sorpresa, en la biblioteca de la VA no había ni un solo libro sobre ninguno de estos trastornos. Cinco años después de que el último soldado americano abandonara Vietnam, el problema del trauma de guerra todavía no estaba en la agenda de nadie. Finalmente, en la biblioteca Countway de la Facultad de Medicina de Harvard descubrí el libro *The Traumatic Neuroses of War*, publicado en 1941 por un psiquiatra llamado Abram Kardiner. En él, el autor describía sus observaciones sobre los veteranos de la I Guerra Mundial y se publicó como anticipo a la marea de soldados con neurosis de guerra que se esperaba que causaran baja en la II Guerra Mundial.[1]

Kardiner describía el mismo fenómeno que yo estaba viendo: después de la guerra, estos pacientes se veían invadidos por una sensación de inutilidad; se volvían insociables y desapegados, aunque antes hubieran tenido un funcionamiento normal. Lo que Kardiner llamaba «neurosis traumáticas» se conoce actualmente como trastorno por estrés postraumático (TEPT). Kardiner observó que las personas que sufrían neurosis traumáticas desarrollaban un estado crónico de vigilancia y una sensibilidad hacia la amenaza. Su resumen me llamó especialmente la atención: «El núcleo de la neurosis es una fisioneurosis».[2] En otras palabras, el estrés postraumático no está «totalmente en la cabeza de la persona», como mucha gente suponía, sino que tiene una base fisiológica. Kardiner entendió entonces que los síntomas tienen su origen en la respuesta de todo el cuerpo al trauma original.

La descripción de Kardiner corroboraba mis propias observaciones, lo cual era tranquilizador, pero me daba pocas pistas sobre cómo ayudar a los veteranos. La falta de literatura sobre el tema era un hándicap, pero mi gran maestro Elvin Semrad nos había enseñado a ser escépticos con los libros de texto. Solo teníamos un único manual, decía: nuestros pacientes. Solo debíamos confiar en lo que podíamos aprender de ellos y de nuestra propia experiencia. Esto suena demasiado simple, pero aunque Semrad nos empujara a confiar en el autoconocimiento, también nos previno sobre lo difícil que es este proceso, ya que los seres humanos somos expertos en hacernos ilusiones y en oscurecer la verdad. Recuerdo que decía: «La mayor fuente de nuestro propio sufrimiento son la mentiras que nos contamos a nosotros mismos».·Trabajando en la VA, pronto descubrí lo doloroso que puede ser enfrentarse a la realidad. Y esto era aplicable tanto a mis pacientes como a mí mismo.

Realmente, no queremos saber lo que sufren los soldados en la batalla. Realmente, no queremos saber cuántos niños sufren tocamientos y abusos sexuales en nuestra sociedad, ni cuántas parejas (parece ser que un tercio de ellas) recurren a la violencia en algún momento durante su relación. Queremos pensar en nuestras familias como un lugar seguro en un mundo desalmado, y en nuestro país como un lugar habitado por gente tolerante y civilizada. Preferimos pensar que la crueldad solo ocurre en lugares lejanos como Darfur o el Congo. Ya es suficientemente duro para los observadores ser testigos del dolor. Entonces, ¿a alguien le sorprende que las propias personas que han sufrido un trauma no puedan soportar recordarlo y que a menudo recurran a las drogas, el alcohol o la automutilación para bloquear

algo tan insoportable de saber?

Tom y el resto de veteranos se convirtieron en mis primeros maestros en mi camino para comprender cómo la vida queda hecha añicos tras esas experiencias dolorosas y para descubrir cómo permitirles sentirse de nuevo totalmente vivos.

EL TRAUMA Y LA PÉRDIDA DE UNO MISMO

El primer estudio que hice en la VA empezaba preguntando sistemáticamente a los veteranos qué les había sucedido en Vietnam. Quería saber qué les había empujado al límite y por qué algunos se habían roto como resultado de aquella experiencia mientras que otros habían sido capaces de seguir adelante con su vida.[3] La mayoría de los hombres que entrevisté habían ido a la guerra sintiéndose preparados, unidos por el rigor del entrenamiento básico y del peligro compartido. Intercambiaban fotografías de sus familiares y novias, aguantando los defectos de los demás. Y estaban dispuestos a arriesgar su vida por sus amigos. La mayoría confiaba sus secretos oscuros a un amigo, y algunos llegaban al punto de compartir las camisas y los calcetines con los demás.

Muchos de los hombres mantenían amistades similares a las de Tom con Alex. Tom conoció a Alex, un italiano de Malden (Massachusetts) en su primer día en el país, e inmediatamente se hicieron amigos íntimos. Conducían juntos el Jeep, escuchaban la misma música y se leían mutuamente las cartas de sus familiares. Se emborrachaban juntos y perseguían a las mismas chicas vietnamitas en los bares.

Tras unos tres meses en el país, un día Tom conducía a su equipo en una patrulla a pie por un arrozal justo antes del atardecer. De repente, una lluvia de disparos empezó a caer desde el muro verde de la selva que los rodeaba, alcanzando uno a uno a los hombres que tenía a su alrededor. Tom me contaba cómo fue viendo con un horror impotente cómo morían o eran heridos todos los miembros de su pelotón en cuestión de segundos. Nunca podría sacarse de la mente una imagen: la nuca de Alex con él boca abajo en el arrozal, con los pies en el aire. Tom lloraba al recordar: «Fue el único amigo de verdad que tuve». Después, por la noche, Tom seguía escuchando los gritos de sus hombres y viendo sus cuerpos caer en el agua. Cualquier sonido, olor o imagen que le recordara esa emboscada (como el sonido de los fuegos artificiales del 4 de Julio) le hacían sentirse igual de paralizado,

aterrorizado y enfurecido que el día en que un helicóptero le evacuó del arrozal.

Pero peor aún para Tom que los recurrentes *flashbacks* de la emboscada era quizás el recuerdo de lo que sucedió a continuación. Era fácil imaginar cómo la rabia de Tom por la muerte de su amigo condujo a la desgracia que se produjo después. Estuvo meses intentando superar los remordimientos que le paralizaban antes de poderme hablar de ello. Desde tiempos inmemoriales, los veteranos, como Aquiles en la *Ilíada* de Homero, han respondido a la muerte de sus compañeros con actos atroces de venganza. El día siguiente a la emboscada, Tom fue en un estado de histeria a un pueblo vecino y mató a niños, disparó a un granjero inocente y violó a una mujer vietnamita. Después de aquello, le fue completamente imposible volver a casa de un modo normal. ¿Cómo puedes ponerte delante de tu amada y decirle que has violado violentamente a una mujer como ella, o ver cómo tu hijo da sus primeros pasos recordándote al niño que has asesinado? Tom vivió la muerte de Alex como si parte de sí mismo hubiera quedado destruida para siempre: la parte buena, honorable y fiable. El trauma, tanto si es resultado de algo que nos han hecho como si es algo que hemos hecho nosotros, casi siempre dificulta mucho poder establecer relaciones íntimas. Después de experimentar algo tan atroz, ¿cómo aprender a confiar en uno mismo o en otra persona? O, a la inversa, ¿cómo rendirse a una relación íntima después de haber sido violada brutalmente?

Tom siguió viniendo lealmente a las visitas, ya que me convertí en su cuerda salvavidas, en el padre que nunca tuvo, en un Alex que había sobrevivido a la emboscada. Hace falta una confianza enorme y mucho valor para permitirse a uno mismo recordar. Una de las cosas más difíciles para las personas que han sufrido un trauma es enfrentarse a los remordimientos de cómo se comportaron durante el episodio traumático, tanto si está objetivamente justificado (como en la comisión de atrocidades) como si no (como en el caso de un niño que intenta apaciguar a su abusador). Una de las primeras personas en escribir sobre este fenómeno fue Sarah Haley, que tenía su consulta al lado de la mía en la clínica de la VA. En un artículo titulado «When the Patient Reports Atrocities»[4] (Cuando el paciente cuenta atrocidades), que fue uno de los grandes impulsos para la creación definitiva del diagnóstico de TEPT, describía la enorme e intolerable dificultad de hablar de (y escuchar) los actos horrendos que suelen cometer los soldados en el transcurso de sus experiencias bélicas. Ya es suficientemente difícil hacer

frente al sufrimiento infligido a otras personas, pero muchas personas traumatizadas, en lo más profundo de sí mismas, sufren incluso más por los remordimientos que sienten por lo que hicieron o no hicieron bajo ciertas circunstancias. Se desprecian a sí mismas por lo aterrorizadas, dependientes, excitadas o furiosas que se sintieron.

En los años posteriores, comprobé la existencia de un fenómeno similar entre las víctimas de abusos infantiles. La mayoría de ellas tienen unos remordimientos atroces por las cosas que hicieron para sobrevivir y mantener una conexión con la persona que abusaba de ellas.

Esto es especialmente aplicable si el abusador era una persona cercana al niño, alguien de quien el niño dependía, como suele el caso tan a menudo. El resultado puede ser una confusión sobre si la víctima era víctima o un participante voluntario, lo cual a su vez provoca desconcierto en torno a la diferencia entre amor y terror, dolor y placer. Volveremos a este dilema más adelante en este libro.

INSENSIBILIZACIÓN

Quizás el peor de los síntomas de Tom era que se sentía insensibilizado emocionalmente. Deseaba desesperadamente amar a su familia, pero no podía evocar ningún sentimiento profundo hacia ella. Se sentía emocionalmente distante de todo el mundo, como si su corazón estuviera helado y viviera tras una pared de cristal. Esta insensibilización se extendía a sí mismo también. Realmente no podía sentir nada, salvo su rabia momentánea y sus remordimientos. Describía cómo apenas se reconocía a sí mismo al mirarse al espejo para afeitarse. Cuando se escuchaba a sí mismo defendiendo un caso ante los tribunales, se observaba desde la distancia y se preguntaba cómo ese tipo, que se parecía a él y hablaba como él, podía argumentar de ese modo tan convincente. Cuando ganaba un caso fingía sentirse gratificado, y cuando lo perdía era como si lo hubiera visto venir y se resignara a la derrota antes de que sucediera. A pesar de ser un abogado muy efectivo, siempre sentía como si estuviera flotando en el espacio, sin propósito ni dirección.

Lo único que ocasionalmente mitigaba esta sensación de falta de rumbo era la implicación intensa en un caso particular. Durante el transcurso de nuestro tratamiento, Tom tuvo que defender a un mafioso acusado de asesinato. Durante todo ese juicio, estuvo totalmente absorto en la ideación de una estrategia para ganar el caso, y hubo varias ocasiones en las que se

levantaba por la noche para sumergirse en algo que realmente le apasionaba. Era como estar en un combate, dijo. Se sentía totalmente vivo, y nada más importaba. Tras ganar ese caso, sin embargo, Tom perdió toda la energía y el rumbo. Las pesadillas volvieron, igual que sus ataques de rabia, de forma tan intensa que tuvo que irse a un motel para asegurarse de no hacer daño a su mujer o a sus hijos. Pero estar solo también resultaba aterrador, porque los demonios de la guerra volvían con toda su fuerza. Tom intentaba permanecer ocupado, trabajando, bebiendo y drogándose; haciendo cualquier cosa para evitar enfrentarse a sus demonios.

Siguió mirando *Soldier of Fortune*, fantaseando en alistarse como mercenario en una de las muchas guerras regionales que arrasaban África. Esa primavera, cogió su Harley y se fue hacia la autopista Kancamagus en New Hampshire. Las vibraciones, la velocidad y el peligro de ir en moto le ayudaban a recomponerse, hasta el punto de poder dejar la habitación del motel y volver con su familia.

LA REORGANIZACIÓN DE LA PERCEPCIÓN

Otro estudio que realicé en la clínica de la VA empezó como una investigación sobre las pesadillas, pero terminó explorando cómo el trauma cambia la percepción y la imaginación de las personas. Bill, un antiguo médico que había vivido los duros combates de Vietnam una década antes, fue la primera persona apuntada en mi estudio sobre las pesadillas. Después de licenciarse, se matriculó en un seminario teológico y se le asignó su primera parroquia en una iglesia de la congregación en un suburbio de Boston. Estuvo bien hasta que él y su esposa tuvieron su primer hijo. Al poco tiempo de nacer el bebé, su esposa, enfermera, volvió al trabajo mientras que él se quedó en casa, trabajando en su sermón semanal y otros deberes de la parroquia y cuidando del recién nacido. El primer día que se quedó solo con el bebé, este empezó a llorar y, de repente, se encontró inundado por imágenes insoportables de niños muriendo en Vietnam.

Bill tuvo que llamar a su esposa para que se ocupara del bebé y vino en un estado de pánico a la clínica. Describió cómo no dejaba de escuchar el sonido de niños llorando ni de ver imágenes de rostros de niños quemados y ensangrentados. Mis compañeros médicos pensaban que seguramente estaba psicótico, porque los manuales de la época decían que las alucinaciones auditivas y visuales eran síntomas de esquizofrenia paranoide. Los mismos

textos que daban este diagnóstico también indicaban la causa: la psicosis de Bill probablemente estaba desencadenada por su sensación de sentirse desplazado en los afectos de su esposa por su nuevo hijo.

Ese día, al llegar a la consulta de admisiones, vi a Bill rodeado por unos preocupados médicos dispuestos a administrarle un potente fármaco antipsicótico y a mandarle a una sala cerrada. Me describieron los síntomas y me pidieron mi opinión. Al haber trabajado anteriormente en una unidad especializada en el tratamiento de esquizofrénicos, estaba intrigado. Había algo en el diagnóstico que no me cuadraba. Le pregunté a Bill si podía hablar con él, y después de escuchar su historia, parafraseé inconscientemente algo que Sigmund Freud dijo sobre el trauma en 1895: «Creo que este hombre sufre por sus recuerdos». Le dije a Bill que intentaría ayudarle y, después de ofrecerle una medicación para controlarle el pánico, le pregunté si querría volver al cabo de unos días para participar en mi estudio sobre pesadillas.[5] Aceptó.

Como parte del estudio, los participantes hacían un test de Rorschach.[6] A diferencia de las pruebas que requieren respuestas a preguntas directas, las respuestas de la prueba Rorschach son casi imposibles de falsear. Esta prueba es una manera única de observar cómo la gente se construye una imagen mental a partir de un estímulo que no tiene ningún significado: una mancha de tinta. Como los seres humanos somos criaturas que siempre buscan significado en las cosas, tendemos a crear cierto tipo de imagen o de historia a partir de esas manchas de tinta, igual que cuando estamos en un prado en un día de verano y vemos imágenes en las nubes que flotan en el cielo. Lo que la gente construye con esas manchas puede decirnos mucho sobre cómo funciona su mente.

Al ver la segunda tarjeta de la prueba de Rorschach, Bill exclamó horrorizado: «Es ese niño que vi volando por los aires en Vietnam. En el medio, veo la carne quemada, las heridas y la sangre brotando por todas partes». Jadeando y con sudor en la frente, estaba en una situación de pánico similar a la que le trajo inicialmente a la clínica de la VA. Aunque había escuchado a veteranos describir sus *flashbacks*, esta fue la primera vez que fui testigo de uno. En ese momento, en mi consulta, Bill estaba evidentemente viendo las mismas imágenes, oliendo los mismos olores y sintiendo las mismas sensaciones físicas que sintió durante el acontecimiento original. Diez años después de sostener impotente en brazos a un niño moribundo, Bill estaba reviviendo el trauma en respuesta a la visión de una

mancha de tinta.

Experimentar de primera mano el *flashback* de Bill en mi consulta me ayudó a ser consciente de la agonía que sufrían con frecuencia los veteranos que yo intentaba tratar, y me ayudó a valorar de nuevo lo importante que era encontrar una solución. El acontecimiento traumático en sí, aunque horrendo, tenía un inicio, una parte central y un final, pero los *flashbacks*, por lo que puede ver, podían ser incluso peores. Nunca sabes cuándo te van a asaltar de nuevo, y no tienes forma de saber cuándo acabarán. Tardé años en aprender cómo tratar con efectividad los *flashbacks*, y en este proceso Bill resultó ser uno de mis mentores más importantes.

Cuando pasamos la prueba de Rorschach a otros veintiún veteranos, la respuesta fue coherente: dieciséis de ellos, al ver la segunda carta, reaccionaron como si estuvieran experimentando un trauma bélico. La segunda tarjeta Rorschach es la primera que contiene color, y suele provocar como respuesta el llamado *shock* del color. Los veteranos interpretaron esta tarjeta con descripciones como «Son los intestinos de mi amigo Jim después de que un proyectil de mortero le destrozara», y «Es el cuello de mi amigo Danny después de que un proyectil le volara la cabeza mientras almorzábamos». Ninguno de ellos mencionó a monos bailando, o mariposas revoloteando, ni hombres en moto, ni ninguna de las imágenes ordinarias y en ocasiones extravagantes que la mayoría de la gente ve.

Mientras que la mayoría de los veteranos se alteró mucho con las imágenes, las reacciones de los cinco restantes fueron aún más alarmantes: simplemente se quedaron en blanco. «No es nada –dijo uno–, solo un montón de tinta». Tenían razón, evidentemente, pero la respuesta de un ser humano normal ante un estímulo ambiguo es usar la imaginación para leer algo a partir de él.

A través de estas pruebas de Rorschach, aprendimos que la gente traumatizada tiende a superponer su trauma a todo lo que le rodea y que le cuesta descifrar lo que sucede a su alrededor. Parecía que había poca ambigüedad. También aprendimos que el trauma afecta a la imaginación. Los cinco hombres que no veían nada en las manchas de tinta habían perdido la capacidad de jugar con la mente. Pero los otros dieciséis también, ya que al ver escenas del pasado en esas manchas no estaban mostrando la flexibilidad mental que es el sello de la imaginación. Simplemente, reprodujeron un carrete antiguo.

La imaginación es absolutamente crítica para nuestra calidad de vida.

Nuestra imaginación nos permite evadirnos de nuestra existencia diaria rutinaria al fantasear con viajar, comer, el sexo, enamorarnos o tener la última palabra; todas las cosas que hacen que la vida sea interesante. La imaginación nos da la oportunidad de contemplar nuevas posibilidades; es una plataforma de lanzamiento esencial para que nuestras esperanzas se hagan realidad. Enciende nuestra creatividad, mitiga el aburrimiento, alivia nuestro dolor, mejora nuestro placer y enriquece nuestras relaciones más íntimas. Cuando las personas se ven arrastradas constante y compulsivamente al pasado, a la última vez en que sintieron una implicación intensa y unas emociones profundas, sufren una falta de imaginación, una pérdida de flexibilidad mental. Sin imaginación, no hay esperanza, no hay posibilidad de contemplar un futuro mejor, no hay sitio adonde ir, no hay objetivo que alcanzar.

Las pruebas de Rorschach también nos enseñaron que las personas traumatizadas miran el mundo de un modo fundamentalmente diferente al resto de personas. Para la mayoría de nosotros, un hombre bajando por la calle es simplemente alguien dando un paseo. Una víctima de una violación, sin embargo, verá a una persona que va a abusar de ella y les entrará pánico. Un maestro severo puede ser una presencia intimidante para un niño normal, pero para un niño cuyo padre le pega puede representar un torturador y provocarle un ataque de ira o dejarle encogido de miedo en un rincón.

ATASCADOS EN EL TRAUMA

Nuestra clínica estaba inundada de veteranos buscando ayuda psiquiátrica. Sin embargo, debido a una grave falta de médicos cualificados, lo único que podíamos hacer era poner a la mayoría en una lista de espera, incluso mientras seguían maltratándose a sí mismos y a sus familias. Empezamos a notar un marcado aumento en los arrestos de veteranos por ataques violentos y peleas entre borrachos, así como un número alarmante de suicidios. Me autorizaron a montar un grupo con veteranos de Vietnam jóvenes que sirviera como depósito de contención a la espera de poder empezar con ellos un tratamiento «de verdad».

En la sesión inaugural para un grupo de antiguos marines, el primer hombre en hablar declaró rotundamente: «No quiero hablar de la guerra». Yo respondí que los participantes podían hablar de todo lo que quisieran. Después de media hora de un silencio insoportable, un veterano empezó finalmente a hablar de su accidente de helicóptero. Para mi sorpresa, el resto

inmediatamente volvió a la vida, hablando intensamente de sus experiencias traumáticas. Todos ellos volvieron la semana siguiente y la semana de después. En el grupo, encontraban una resonancia y un significado a lo que anteriormente habían sido solamente sensaciones de terror y de vacío. Sentían una sensación renovada de compañerismo, que había sido tan importante en su experiencia en la guerra. Insistieron en que yo formara parte de su recién creada unidad y me regalaron un uniforme de capitán de los Marines para mi cumpleaños. Viéndolo en retrospectiva, ese gesto reveló parte del problema: estabas dentro o fuera, pertenecías a la unidad o no eras nadie. Después del trauma, el mundo se divide claramente entre los que saben y los que no. Las personas que no han compartido la experiencia traumática no son dignas de confianza, porque no pueden entenderlo. Tristemente, esto incluye a menudo a las esposas, a los hijos y a los compañeros de trabajo.

Más adelante, dirigí a otro grupo; en esta ocasión, eran veteranos del ejército de Patton; hombres de más de setenta años, todos con suficiente edad como para ser mis padres. Nos reuníamos los lunes a las ocho de la mañana. En Boston, las tormentas de nieve paralizan en ocasiones el transporte público, pero para mi sorpresa todos venían incluso cuando había ventisca, algunos de ellos caminando arduamente varios kilómetros por la nieve para llegar a la clínica de la VA. Por Navidad, me regalaron un reloj de pulsera de los años cuarenta. Como sucedió con el grupo de marines anterior, no podía ser su médico a menos que me convirtiera en uno de ellos.

Por muy emotivas que fueran esas experiencias, los límites de la terapia en grupo quedaron patentes cuando pedí a esos hombres que hablaran de los problemas a los que se enfrentaban en su vida diaria: las relaciones con sus esposas, sus hijos, sus amigos y familiares; el trato con sus jefes y el hecho de tener un trabajo satisfactorio; su elevado consumo de alcohol. Su respuesta habitual era rehuir el tema, resistirse y en lugar de eso contar de nuevo cómo clavaron una daga en el corazón de un soldado alemán en el bosque de Hürtgen o cómo su helicóptero fue derribado en las selvas de Vietnam.

Tanto si el trauma había sucedido hacía diez años o más de cuarenta, mis pacientes no podían tender un puente entre sus experiencias de guerra y su vida actual. En cierto modo, el acontecimiento que les causó tanto dolor también se había convertido en su única fuente de significado. Solo se sentían totalmente vivos cuando volvían a recordar su pasado traumático.

DIAGNOSTICAR EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En aquella primera época en la clínica de la VA, etiquetábamos a los veteranos con todo tipo de diagnósticos (alcoholismo, abuso de sustancias, depresión, trastorno del estado de ánimo, incluso esquizofrenia) y probábamos todos los tratamientos de nuestros manuales. Sin embargo, incluso dedicando todos nuestros esfuerzos, quedaba claro que en realidad estábamos logrando muy poco. Los potentes fármacos que les recetábamos a menudo les dejaban tan confundidos que apenas podían funcionar. Cuando los animábamos a hablar de los detalles concretos de un acontecimiento traumático, a menudo sin darnos cuenta, desencadenábamos un *flashback* a gran escala, en lugar de ayudarles a resolver el problema. Muchos de ellos abandonaban el tratamiento porque no solo no lográbamos ayudarles, sino que en ocasiones empeoraban.

En 1980 se produjo un punto de inflexión cuando un grupo de veteranos de Vietnam, con la ayuda de los psicoanalistas Chaim Shatan y Robert J. Lifton de Nueva York, presionaron con éxito a la Asociación Americana de Psiquiatría para crear un nuevo diagnóstico: el trastorno por estrés postraumático (TEPT), que describía un conjunto de síntomas comunes, en menor o mayor grado, a todos nuestros veteranos. Identificar sistemáticamente los síntomas y agruparlos juntos en un trastorno finalmente dio nombre al sufrimiento de personas anuladas por el terror y la impotencia. Con el marco conceptual del TEPT, el terreno ya estaba abonado para un cambio radical en nuestra manera de comprender a nuestros pacientes. A la larga, esto llevó a una explosión de estudios y de intentos de encontrar tratamientos efectivos.

Inspirándome en las posibilidades que presentaba este nuevo diagnóstico, le propuse a la clínica un estudio sobre la biología de los recuerdos traumáticos. ¿Los recuerdos de las personas que sufren TEPT eran distintos de los de los demás? Para la mayoría de la gente, el recuerdo de un acontecimiento desagradable se borra con el tiempo o se transforma en algo más benigno. Pero la mayoría de nuestros pacientes eran incapaces de considerar su pasado como una historia que hubiera sucedido mucho tiempo atrás.[7]

La primera línea de la carta de denegación de la subvención decía así: «Nunca se ha demostrado que el TEPT sea relevante para la misión de la Administración para los Asuntos de los Veteranos». Desde entonces, por supuesto, la misión de la VA se ha organizado en torno al diagnóstico del TEPT y del daño cerebral, y se dedican importantes recursos a la aplicación

de «tratamientos basados en la evidencia» a veteranos de guerra traumatizados. Pero en esa época las cosas eran diferentes, y al no estar dispuesto a seguir trabajando en una organización cuya visión de la realidad era tan distinta de la mía, presenté mi dimisión. En 1982 ocupé mi nuevo puesto en el Massachusetts Mental Health Center, el Hospital Universitario de Harvard en el que estudié para convertirme en psiquiatra.

Mi nueva responsabilidad era enseñar una nueva área de estudio: Psicofarmacología, la administración de fármacos para aliviar la enfermedad mental.

En mi nuevo empleo me veía confrontado casi a diario a problemas que creía haber dejado atrás en la clínica de la VA. Mi experiencia con los veteranos de guerra me había sensibilizado tanto ante el impacto del trauma que ahora escuchaba de un modo muy distinto a los pacientes deprimidos y con ansiedad que me contaban sus historias de abusos sexuales y violencia familiar. En especial, me sorprendía la cantidad de pacientes femeninas que contaban que habían sufrido abusos sexuales siendo niñas. Era desconcertante, porque los manuales estándares de psiquiatría de la época afirmaban que el incesto era muy poco frecuente en Estados Unidos, y que solo ocurría a una de cada millón de mujeres.[8] Teniendo en cuenta que solo había unos cien millones de mujeres en aquella época viviendo en Estados Unidos, me preguntaba cómo cuarenta y siete, casi la mitad, se las habían apañado para encontrar mi consulta en el sótano del hospital.

Además, los manuales decían: «Existe poco consenso sobre el papel del incesto padre-hija como fuente de una psicopatología subsiguiente grave». Mis pacientes con historias de incesto estaban lejos de no sufrir una «psicopatología subsiguiente»: estaban profundamente deprimidas, confusas y a menudo incurrían en comportamientos extrañamente autolesivos, como cortarse con hojas de afeitar. Los libros seguían prácticamente respaldando el incesto, explicando que «esta actividad incestuosa reduce la posibilidad de sufrir psicosis por parte del sujeto y permite un mejor ajuste al mundo exterior».[9] En realidad, sin embargo, resultaba que el incesto tenía unos efectos devastadores en el bienestar de las mujeres.

En muchos sentidos, estas pacientes no eran tan diferentes de los veteranos que acababa de dejar atrás en la clínica de la VA. También tenían pesadillas y *flashbacks*. También alternaban entre arranques ocasionales de rabia explosiva y largos periodos de desconexión emocional. La mayoría de ellas habían tenido muchos problemas de relación con los demás y les

costaba mantener relaciones serias.

Como sabemos, la guerra no es la única desgracia que arruina la vida de los seres humanos. Mientras que aproximadamente un cuarto de los soldados que sirven en zonas de guerra se espera que desarrollen problemas postraumáticos graves,[10] la mayoría de los estadounidenses sufren un crimen violento en algún momento de su vida, y algunos informes más detallados han revelado que doce millones de mujeres en Estados Unidos han sido víctimas de violación. Más de la mitad de todas las violaciones se producen en chicas menores de quince años.[11] Para muchas personas, la guerra empieza en casa: cada año, se considera que aproximadamente tres millones de niños en Estados Unidos son víctimas de maltrato infantil y abandono. Un millón de esos casos son graves y suficientemente creíbles para obligar a los servicios locales de protección de la infancia o a los tribunales de menores a emprender acciones.[12] En otras palabras, por cada soldado que sirve en una zona de guerra en el extranjero, hay diez niños en peligro en su propio hogar. Esto es especialmente trágico, porque para un niño que está creciendo es muy duro recuperarse cuando la fuente de terror y de dolor no es el enemigo, sino sus propios cuidadores.

UN NUEVO ENFOQUE

En las tres décadas que han pasado desde que conocí a Tom, he aprendido muchísimo no solo sobre el impacto y las manifestaciones del trauma, sino también sobre cómo ayudar a las personas con traumas a encontrar de nuevo su camino. Desde principios de los años noventa, las herramientas para captar imágenes cerebrales han empezado a mostrarnos lo que realmente ocurre en el cerebro de las personas traumatizadas. Esto ha resultado ser esencial para comprender el daño infligido por el trauma y nos ha orientado en la formulación de caminos completamente nuevos para la recuperación.

También hemos empezado a comprender cómo afectan las experiencias abrumadoras a nuestras sensaciones más recónditas y a la relación con nuestra realidad física, la esencia de quienes somos. Hemos aprendido que el trauma no es solo un acontecimiento que se produjo en algún momento del pasado; también es la huella dejada por una experiencia en la mente, el cerebro y el cuerpo. Esta huella tiene consecuencias permanentes sobre el modo en que el organismo humano logra sobrevivir en el presente.

El trauma genera una reorganización fundamental del manejo de las

percepciones por parte de la mente y del cerebro. Cambia no solo cómo y en qué pensamos, sino también nuestra propia capacidad de pensar. Hemos descubierto que ayudar a las víctimas de traumas a encontrar las palabras para describir lo que les ha ocurrido es profundamente significativo, pero a menudo no es suficiente. El acto de contar la historia no altera necesariamente las respuestas físicas y hormonales de un cuerpo que permanece hipervigilante, preparado para ser asaltado o violado en cualquier momento. Para que se produzca un cambio real, el cuerpo debe aprender que el peligro ya pasó y a vivir en la realidad del presente. Nuestra investigación para comprender el trauma nos ha llevado a pensar de modo diferente no solo sobre la estructura de la mente, sino también sobre el proceso mediante el cual se cura.

CAPÍTULO 2

REVOLUCIONES EN EL CONOCIMIENTO DE LA MENTE Y DEL CEREBRO

Cuanto mayor es la duda, mayor es el despertar; cuanto menor es la duda, menor es el despertar. Sin duda, no hay despertar.

–C. C. Chang, *The Practice of Zen*

Vives en esa pequeña porción de tiempo que es tuya, pero esa porción de tiempo no es solo tu propia vida, es el sumatorio de todas las otras vidas simultáneas con la tuya… Lo que eres es una expresión de la historia.

–Robert Penn Warren, *World Enough and Time*

A finales de los años sesenta, durante un año sabático entre mi primer año de Medicina y el segundo, fui testigo accidental de la profunda transición del enfoque médico con respecto al sufrimiento mental. Conseguí un trabajo fantástico como auxiliar en una unidad de investigación del Massachusetts Mental Health Center (MMHC), donde era responsable de organizar actividades recreativas para los pacientes. El MMHC era considerado desde hacía tiempo uno de los mejores hospitales psiquiátricos de la ciudad, una joya en la corona del imperio de la enseñanza de la Facultad

de Medicina de Harvard. El objetivo de la investigación en mi unidad era determinar, entre la psicoterapia y la medicación, cuál era la mejor forma de tratar a pacientes jóvenes que habían sufrido un primer brote mental diagnosticado como esquizofrenia.

La cura basada en la conversación, una derivación del psicoanálisis de Freud, seguía siendo el principal tratamiento para la enfermedad mental en el MMHC. Sin embargo, a principios de los años cincuenta, un grupo de científicos franceses había descubierto un nuevo componente, la clorpromazina (vendida bajo el nombre de Thorazine), que podía «tranquilizar» a los pacientes y reducir la agitación y los delirios. Ello dio esperanzas para poder desarrollar fármacos para tratar problemas mentales graves como la depresión, el pánico, la ansiedad y las manías, así como manejar algunos de los síntomas más perturbadores de la esquizofrenia.

Como auxiliar, yo no estaba involucrado en la investigación de la unidad, y nunca me contaron qué tratamiento recibía ningún paciente. Todos eran más o menos de mi edad (estudiantes de Harvard, del MIT y de la Universidad de Boston). Algunos habían intentado suicidarse, otros cortarse con cuchillos o cuchillas de afeitar; varios habían atacado a sus compañeros de habitación o habían aterrorizado a sus padres o amigos con su comportamiento impredecible e irracional. Mi trabajo era mantenerlos implicados en actividades normales para estudiantes universitarios, como comer en la pizzería local, acampar en un bosque del estado vecino, asistir a los partidos de Red Sox y navegar en el río Charles.

Totalmente novato en este campo, me sentaba embelesado durante las reuniones de la unidad, intentando descifrar el complicado discurso y la lógica de los pacientes. También tuve que aprender a manejar sus arranques irracionales y sus abandonos aterrorizados. Una mañana, encontré a un paciente de pie como una estatua en su habitación con un brazo levantado en una posición defensiva, con el rostro paralizado por el miedo. Permaneció allí, inmóvil, durante al menos doce horas. Los médicos me dijeron el nombre de su patología, catatonia, pero ninguno de los libros que consulté decían nada que pudiéramos hacer. Simplemente, dejamos que siguiera su curso.

EL TRAUMA ANTES DEL AMANECER

Pasé muchas noches y fines de semana en la unidad, lo cual me exponía a cosas que los médicos nunca veían durante sus breves visitas. Cuando los

pacientes no podían dormir, a menudo deambulaban en sus batas apretadas hacia el puesto de enfermería que estaba a oscuras para hablar. La tranquilidad de la noche parecía ayudarles a abrirse, y me contaban historias sobre cómo les habían pegado, asaltado, maltratado, a menudo sus propios padres, a veces familiares, compañeros de clase o vecinos. Compartían recuerdos de estar en la cama por la noche, impotentes y atemorizados, escuchando cómo su madre era golpeada por su padre o su novio, escuchando a sus padres gritarse horribles amenazas, escuchando el sonido de los muebles al romperse. Otros me contaban sobre sus padres que llegaban borrachos, cómo escuchaban sus pasos en el rellano, esperando que entraran, los sacaran de la cama y los castigaran por alguna ofensa imaginaria. Varias de las mujeres recordaban estar despiertas en la cama, sin moverse, esperando lo inevitable: que un hermano o su padre abusara de ellas.

Durante las rondas de la mañana, los médicos jóvenes presentaban sus casos a sus supervisores, un ritual que los auxiliares de la unidad podían observar en silencio. Raramente mencionaban historias como las que yo había escuchado. Sin embargo, muchos estudios posteriores han confirmado la relevancia de esas confesiones de medianoche: ahora sabemos que más de la mitad de las personas que necesitan asistencia psiquiátrica ha sido asaltada, abandonada, maltratada o incluso violada en la infancia, o ha sido testigo de violencia en el hogar.[1] Pero estas experiencias parecían dejarse de lado durante las rondas. A menudo me sorprendía la frialdad con la que hablaban de los síntomas de los pacientes y cuánto tiempo pasaban intentando manejar sus ideas suicidas y sus conductas autodestructivas, en lugar de intentando comprender las posibles causas de su desesperación e impotencia. También me sorprendía la poca atención que se prestaba a sus logros y a sus aspiraciones; a las personas que les importaban, que amaban u odiaban; qué los motivaba y los ocupaba, qué los mantenía bloqueados, y qué les hacía sentirse en paz: la ecología de su vida.

Años después, como médico recién licenciado, me vi confrontado a un ejemplo especialmente duro del modelo médico imperante. En esa época, estaba pluriempleado y trabajaba en un hospital católico realizando exploraciones físicas a mujeres que habían ingresado para recibir un tratamiento electroconvulsivo para la depresión. Dado mi ser curioso, yo consultaba sus historias médicas y les preguntaba sobre sus vidas. Muchas de ellas me contaban historias sobre matrimonios dolorosos, hijos difíciles y culpabilidad por haber abortado. Al hablar, brillaban visiblemente, y a

menudo me agradecían efusivamente que las hubiera escuchado. Algunas de ellas se preguntaban si seguían necesitando los electroshocks después de haberse quitado tanto peso de encima. Yo siempre me sentía triste al final de esas reuniones, al saber que los tratamientos que les administrarían a la mañana siguiente borrarían todos los recuerdos de nuestra conversación. No duré mucho en ese trabajo.

Los días que libraba en el MMHC, solía ir a la biblioteca de medicina Countway para aprender más sobre los pacientes que se suponía que debía ayudar. Un sábado por la tarde, me topé con un tratado que sigue siendo venerado en la actualidad: el manual *Dementia Praecox* de Eugen Bleuler, escrito en 1911. Las observaciones de Bleuler eran fascinantes:

> Entre las alucinaciones corporales en la esquizofrenia, las sexuales son de lejos las más frecuentes y las más importantes. Estos pacientes sienten los arrebatos y las alegrías de la satisfacción sexual normal y anormal, pero con mayor frecuencia pueden conjurar prácticas obscenas y repugnantes con las fantasías más extravagantes. A los pacientes masculinos se les extrae el semen; se les estimulan erecciones dolorosas. Las pacientes femeninas son violadas y lesionadas del modo más diabólico… A pesar del significado simbólico de muchas de estas alucinaciones, la mayoría corresponden a sensaciones reales.[2]

Esto me hizo pensar. Nuestras pacientes tenían alucinaciones; los médicos les preguntaban rutinariamente sobre ellas y las anotaban como indicaciones de lo perturbadas que estaban. Pero si las historias que yo había escuchado a altas horas de la madrugada eran ciertas, ¿podía ser que esas «alucinaciones» fueran en realidad recuerdos fragmentados de experiencias reales? ¿Eran simplemente invenciones de un cerebro enfermo? ¿Existía una línea clara entre la creatividad y la imaginación patológica? ¿Entre el recuerdo y la imaginación? Ese día, estas preguntas todavía no tenían respuesta, pero la investigación ha demostrado que las personas que han sido maltratadas en la infancia suelen sentir sensaciones (como dolor abdominal) que carecen de una causa física, escuchan voces que les avisan de un peligro o les acusan de crímenes atroces.

No había duda de que muchos pacientes de la unidad incurrían en comportamientos violentos, extraños y autodestructivos especialmente

cuando se sentían frustrados, confundidos o incomprendidos. Tenían rabietas, arrojaban platos, rompían las ventanas y se cortaban con vidrios rotos. En esa época, yo no tenía ni idea de por qué alguien podía reaccionar a una petición simple («Déjame limpiarte eso que tienes en el pelo») con rabia o terror. Yo seguía las indicaciones de las enfermeras más experimentadas, que me indicaban cuándo dejarles solos o, si eso no funcionaba, contener a los pacientes. Me sorprendía y me alarmaba al mismo tiempo la satisfacción que sentía a veces después de lograr sujetar a un paciente en el suelo para que una enfermera pudiera suministrarle una inyección, y poco a poco me fui dando cuenta de que gran parte de nuestra formación profesional estaba orientada a ayudarnos a mantener el control ante realidades aterradoras o confusas.

Sylvia era una hermosa estudiante de la Universidad de Boston de diecinueve años que solía sentarse sola en la esquina de la unidad, mirando muerta de miedo y prácticamente muda, pero cuya reputación como novia de un importante mafioso de Boston la dotaba de un aura de misterio. Después de negarse a comer durante más de una semana y de empezar rápidamente a perder peso, los médicos decidieron alimentarla a la fuerza. Fueron necesarias tres personas para sujetarla, otra para colocarle la sonda de goma en la garganta y una enfermera para introducirle los alimentos líquidos en el estómago. Más tarde, durante una confesión de medianoche, Sylvia habló tímida y vacilantemente sobre sus abusos sexuales de niña por parte de su hermano y de su tío. Entonces me di cuenta de que nuestra muestra de «atención» seguramente para ella era más parecida a una violación en grupo. Esta experiencia, y otras como esta, me ayudaron a formular esta regla para mis estudiantes: si le haces algo a un paciente que no harías a tus amigos o a tus hijos, considera que quizás inconscientemente puedes estar reproduciendo un trauma de su pasado.

En mi función como responsable recreativo observé otras cosas: como grupo, los pacientes eran sorprendentemente patosos y físicamente descoordinados. Cuando íbamos de acampada, la mayoría permanecía sin hacer nada a medida que yo iba montando las tiendas. En una ocasión, casi volcamos durante una tormenta en el río Charles porque todos se apiñaron bajo el sotavento, incapaces de comprender que debían cambiar de posición para equilibrar el barco. En los partidos de voleibol, los miembros del personal siempre estaban mucho mejor coordinados que los pacientes. Otra característica que compartían era que incluso sus conversaciones más relajadas parecían poco naturales, carecían del flujo natural de gestos y de

expresiones faciales típicas entre amigos. La importancia de estas observaciones no me pareció evidente hasta que conocí a los terapeutas corporales Peter Levine y Pat Ogden. En capítulos posteriores comentaré extensamente cómo se mantiene el trauma en el cuerpo de la gente.

COMPRENDER EL SUFRIMIENTO

Después de ese año en la unidad de investigación, volví a la facultad de medicina y luego, como médico recién licenciado, volví al MMHC para formarme como psiquiatra, una especialidad en la que esperaba ser aceptado. Muchos psiquiatras famosos habían estudiado allí, como Eric Kandel, que más tarde ganó el Premio Nobel de Fisiología y Medicina. Allan Hobson descubrió las células cerebrales responsables de la generación de sueños en un laboratorio del sótano del hospital mientras yo estudiaba allí, y los primeros estudios sobre las bases químicas de la depresión también se realizaron en el MMHC. Pero para muchos de los residentes, la principal atracción eran los pacientes. Pasábamos seis horas al día con ellos y luego nos reuníamos en grupo con los psiquiatras más experimentados para compartir nuestras observaciones, plantear preguntas y competir para hacer las observaciones más ocurrentes.

Nuestro gran profesor Elvin Semrad nos desaconsejaba activamente que leyéramos los manuales de psiquiatría durante el primer año. (Esta dieta de inanición intelectual seguramente explica por qué la mayoría de nosotros nos convertimos después en voraces lectores y prolíficos escritores). Semrad no quería que nuestras percepciones de la realidad quedaran oscurecidas por las pseudocertezas de los diagnósticos psiquiátricos. Recuerdo haberle preguntado una vez: «¿Cómo llamaría a este paciente, esquizofrénico o esquizoafectivo?». Hizo una pausa y, tocándose la barbilla, como si estuviera reflexionando profundamente, me dijo: «Creo que le llamaría Michael McIntyre».

Semrad nos enseñó que la mayor parte del sufrimiento del ser humano está relacionado con el amor y la pérdida, y que el trabajo de los terapeutas es ayudar a las personas a «reconocer, experimentar y soportar» la realidad de la vida, con todos sus placeres y sufrimientos. «La principal fuente de sufrimiento son las mentiras que nos contamos a nosotros mismos», decía, invitándonos a ser honestos con nosotros mismos con cada faceta de nuestra experiencia. Solía decir que la gente nunca puede mejorar sin saber lo que ya

sabe y sin sentir lo que ya siente.

Recuerdo mi sorpresa al escuchar a este distinguido y anciano profesor de Harvard confesar lo confortado que se sentía al notar el trasero de su esposa contra él al acostarse por la noche. Revelándonos estas simples necesidades humanas suyas, nos ayudó a reconocer lo básicas que son en nuestra vida. La incapacidad de satisfacerlas genera una existencia atrofiada, por muy elevadas que sean nuestras ideas o grandes nuestros logros. La curación, nos dijo, depende del conocimiento de la experiencia: solo podemos estar totalmente al cargo de nuestra vida si somos capaces de reconocer la realidad de nuestro cuerpo, en todas sus dimensiones viscerales.

Nuestra profesión, sin embargo, estaba yendo hacia otra dirección. En 1968, el *American Journal of Psychiatry* había publicado los resultados del estudio de la unidad en la que trabajé como auxiliar. Demostraban inequívocamente que los pacientes esquizofrénicos a los que se había administrado solamente fármacos presentaban mejores resultados que aquellos que habían hablado tres veces por semana con los mejores terapeutas de Boston.[3] Este estudio fue uno de los varios peldaños en una vía que gradualmente cambiaba el modo en que la medicina y la psiquiatría abordaban los problemas psicológicos: de unas expresiones infinitamente variables de sentimientos intolerables a un modelo de patología cerebral de discretos «trastornos».

El modo en que la medicina aborda el sufrimiento humano siempre ha sido determinado por la tecnología disponible en un momento determinado. Antes de la Ilustración, los comportamientos aberrantes se atribuían a Dios, al pecado, a la magia, a las brujas y a los espíritus diabólicos. No fue hasta el siglo XIX cuando científicos franceses y alemanes empezaron a investigar el comportamiento como una adaptación a las complejidades del mundo. Así emergió un nuevo paradigma: la ira, la lujuria, el orgullo, la codicia, la avaricia y la pereza (así como el resto de los problemas que los seres humanos hemos intentado desde siempre manejar) pasaron a considerarse «trastornos» que podían resolverse con la administración de las sustancias químicas adecuadas.[4] Muchos psiquiatras se sintieron aliviados y encantados de convertirse en «científicos de verdad», igual que sus compañeros de la facultad de medicina que tenían laboratorios, experimentos con animales, unos equipos caros y pruebas diagnósticas complicadas, dejando de lado las teorías vagas de filósofos como Freud y Jung. Un importante manual de psiquiatría llegó a decir: «La causa de la enfermedad mental se considera

actualmente una aberración del cerebro, un desequilibrio químico».[5]

Como mis compañeros, yo acepté con entusiasmo la revolución farmacológica. En 1973, me convertí en el primer residente jefe de psicofarmacología del MMHC. Puede que también fuera el primer psiquiatra de Boston en administrar litio a un paciente maníaco depresivo. (Leí el trabajo de John Cade con litio en Australia y un comité del hospital me autorizó a probarlo). Con el litio, una paciente que llevaba treinta y cinco años con episodios maníacos cada mes de mayo y depresiva con ideas suicidas cada mes de noviembre, dejó de sufrir estos ciclos y permaneció estable durante los tres años que estuvo bajo mi cuidado. También formé parte del primer equipo de investigación de Estados Unidos que probó el fármaco antipsicótico Clozaril en pacientes crónicos que estaban aparcados en las unidades de la parte de atrás de viejos manicomios.[6] Algunas de sus respuestas eran milagrosas: gente que había pasado gran parte de su vida encerrada en sus propias realidades aterradoras era capaz de volver a su familia y a su comunidad; pacientes atrapados en la oscuridad y en la desesperación empezaban a responder ante la belleza del contacto humano y los placeres del trabajo y del juego. Estos increíbles resultados hicieron que fuéramos optimistas y creyéramos que finalmente podríamos conquistar la miseria humana.

Los fármacos antipsicóticos fueron importantes en la reducción del número de personas que vivían en hospitales psiquiátricos en Estados Unidos, que pasaron de más de 500.000 en 1955 a menos de 100.000 en 1996.[7] Para la gente joven que no conoció el mundo antes de la llegada de estos tratamientos, el cambio es casi inimaginable. Cuando estaba en el primer curso de Medicina, visité el Kankakee State Hospital de Illinois y vi cómo un corpulento auxiliar de una unidad duchaba a docenas de pacientes sucios, desnudos e incoherentes en una sala de día sin amueblar llena de canaletas para evacuar el agua. Este recuerdo ahora me parece más una pesadilla que algo que haya visto con mis propios ojos. Mi primer empleo después de terminar mi residencia en 1974 fue como penúltimo director de una institución antiguamente venerable, el Boston State Hospital, que anteriormente había acogido a miles de pacientes y se había ampliado en centenares de acres con docenas de edificios, incluyendo invernaderos, jardines y talleres, la mayoría de los cuales ya en ruinas por entonces. Durante mi estancia allí, los pacientes fueron dispersándose gradualmente hacia la «comunidad», término que servía para denominar las casas de

acogida y residencias anónimas a las que la mayoría terminaba yendo. (Irónicamente, el hospital empezó llamándose *asylum* [manicomio], una palabra que significa también «santuario», y que poco a poco fue adoptando una connotación siniestra. En realidad, ofrecía una comunidad de refugio en la que todo el mundo conocía el nombre y las idiosincrasias de cada paciente). En 1979, poco después de que fuera a trabajar a la clínica de la VA, las puertas del Boston State Hospital se cerraron para siempre, y se convirtió en una ciudad fantasma.

Durante mi época en el Hospital Estatal de Boston, seguí trabajando en el laboratorio de psicofarmacología del MMHC, que en aquella época estaba orientando su investigación en otra dirección. En los años sesenta, científicos de los Institutos Nacionales de Salud empezaron a desarrollar técnicas para aislar y medir las hormonas y los neurotransmisores en la sangre y en el cerebro. Los neurotransmisores son mensajeros químicos que transportan información entre las neuronas, permitiéndonos relacionarnos de un modo efectivo con el mundo.

Ahora que los científicos estaban encontrando pruebas sobre la asociación entre los niveles anómalos de norepinefrina y la depresión, y entre los niveles anómalos de dopamina y la esquizofrenia, había esperanza de que pudiéramos desarrollar fármacos orientados a anomalías cerebrales específicas. Esta esperanza nunca se cumplió por completo, pero nuestros esfuerzos por medir cómo los fármacos podían afectar a los síntomas mentales provocaron otro cambio profundo en la profesión. La necesidad de los investigadores de disponer de un modo preciso y sistemático para comunicar sus hallazgos dio como resultado el desarrollo de los llamados *Criterios diagnósticos para la investigación*, a los que contribuí como modesto ayudante de investigación. A la larga, estos criterios se convirtieron en la base del primer sistema para diagnosticar problemas psiquiátricos de manera sistemática, el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, habitualmente conocido como la «biblia de la psiquiatría». El prólogo del emblemático DSM-III de 1980 era apropiadamente modesto y reconocía que ese sistema de diagnóstico era impreciso, tan impreciso que no debía usarse nunca con fines forenses o para los seguros.[8] Como veremos, esta modestia resultó trágicamente efímera.

SHOCK INELUDIBLE

Preocupado por tantas cuestiones que quedaban pendientes sobre el estrés traumático, me intrigaba la idea de si el emergente campo de la neurociencia podría aportar respuestas, así que empecé a asistir a las reuniones del Colegio Americano de Neuropsicofarmacología (ACNP). En 1984, el ACNP ofreció muchas conferencias interesantes sobre el desarrollo farmacológico. Unas horas antes de tomar mi vuelo de regreso a Boston, escuché la presentación de Steven Maier de la Universidad de Colorado, que había colaborado con Martin Seligman de la Universidad de Pennsylvania. El tema era la impotencia aprendida en animales. Maier y Seligman habían administrado repetidamente dolorosas descargas eléctricas a perros encerrados en jaulas. Lo llamaban «descargas eléctricas ineludibles».[9] Como amante de los perros que soy, enseguida supe que yo nunca habría podido realizar ese estudio, pero sentía curiosidad sobre cómo habría afectado aquella crueldad a los animales.

Después de administrar varios ciclos de descargas eléctricas, los investigadores abrían las puertas de las jaulas y luego volvían a aplicar descargas a los perros. El grupo de perros control que no las habían recibido inmediatamente salían corriendo, pero los que habían sido sometidos a las descargas sin poder escapar no hicieron ningún intento por salir, aunque la puerta estuviera bien abierta; simplemente permanecían allí, gimiendo y defecando. La mera oportunidad de escapar no hace que los animales traumatizados, o las personas traumatizadas, tomen necesariamente el camino hacia la libertad. Como los perros de Maier y Seligman, muchas personas traumatizadas simplemente se rinden. En lugar de experimentar el riesgo con nuevas opciones, permanecen bloqueadas en el miedo que ya conocen.

El relato de Maier me impresionó. Lo que habían hecho a esos pobres perros era exactamente lo que había sucedido a mis pacientes humanos traumatizados. Ellos también habían sido expuestos a alguien (o a algo) que les infligió un dolor terrible, un dolor del que no tenían forma de escapar. Hice un rápido repaso mental a los pacientes que había tratado. Casi todos habían estado atrapados o inmovilizados de un modo u otro, incapaces de actuar para evitar lo inevitable. Su respuesta de luchar o escapar había quedado desbaratada, y el resultado era una agitación o un colapso extremos.

Maier y Seligman también descubrieron que los perros traumatizados secretaban mayores cantidades de hormonas del estrés de lo normal. Ello confirmaba lo que estábamos empezando a saber sobre la base biológica del estrés traumático. Un grupo de jóvenes investigadores, entre los cuales se

encontraban Steve Southwick y John Krystal –de Yale–, Arieh Shalev –de la Hadassah Medical School de Jerusalem–, Frank Putnam –del National Institute of Mental Health (NIMH)– y Roger Pitman –posteriormente de Harvard–, estaban descubriendo también que las personas traumatizadas seguían secretando grandes cantidades de hormonas del estrés mucho tiempo después del peligro real, y Rachel Yehuda –del Mount Sinai de Nueva York– nos confrontó con hallazgos aparentemente paradójicos, en el sentido de que los niveles de cortisol de las hormonas del estrés son bajos en el TEPT. Sus hallazgos solo empezaron a tener sentido cuando su investigación aclaró que el cortisol pone fin a la respuesta de estrés enviando una señal de seguridad y que, en el TEPT, las hormonas del estrés del cuerpo en realidad no vuelven al nivel basal una vez que la amenaza ha finalizado.

Idealmente, nuestro sistema de hormonas del estrés debería proporcionar una respuesta sumamente rápida a la amenaza, y luego devolvernos inmediatamente a una situación de equilibrio. En los pacientes con TEPT, sin embargo, el sistema de las hormonas del estrés no puede realizar este equilibrado. Las señales de lucha, huida o paralización siguen una vez ha pasado el peligro y, como en el caso de los perros, no vuelven a la situación normal. En lugar de eso, la secreción continuada de hormonas del estrés se expresa en forma de agitación y pánico y, a largo plazo, causa estragos en la salud.

Perdí el avión ese día porque tenía que hablar con Steve Meier. Su taller ofrecía pistas no solo sobre los problemas subyacentes de mis pacientes, sino también potenciales claves para su resolución. Por ejemplo, él y Seligman descubrieron que el único modo de tratar a los perros traumatizados para que salieran de los barrotes eléctricos cuando las puertas estaban abiertas era arrastrándolos repetidamente de las jaulas para que pudieran experimentar físicamente cómo salir. Me preguntaba si también podríamos ayudar a mis pacientes con respecto a su creencia fundamental de que no podían hacer nada para defenderse. ¿Acaso mis pacientes también necesitaban tener experiencias *físicas* para recuperar una sensación visceral de control? ¿Qué pasaría si se les pudiera enseñar a moverse físicamente para escapar de una situación potencialmente amenazante similar al trauma en el que habían quedado atrapados y paralizados? Como describiré en la parte 5 sobre tratamiento de este libro, esta fue una de las conclusiones a las que llegué a la larga.

Otros estudios con animales realizados con ratones, ratas, gatos, monos y

elefantes arrojaron más datos intrigantes.[10] Por ejemplo, cuando los investigadores emitían un sonido alto e intrusivo, los ratones que se habían criado en un nido cálido con mucha comida corrían inmediatamente hacia su casa. Pero otro grupo, criado en un nido ruidoso con poco suministro de comida, también volvía a casa, incluso después de pasar cierto tiempo en entornos más agradables.[11]

Los animales asustados vuelven a casa, independientemente de si el hogar es un lugar seguro o aterrador. Pensé en mis pacientes con familias abusadoras que volvían una y otra vez para volver a sufrir dolor. ¿La gente traumatizada está condenada a buscar refugio en lo que le es familiar? En caso afirmativo, ¿por qué? Y ¿es posible ayudarles a apegarse a lugares y actividades seguras y placenteras?[12]

ADICTOS AL TRAUMA: EL DOLOR DEL PLACER Y EL PLACER DEL DOLOR

Una de las cosas que nos sorprendió a mi compañero Mark Greenberg y a mí cuando conducíamos grupos de terapia para los veteranos de Vietnam fue ver cómo, a pesar de sus sentimientos de horror y de duelo, muchos de ellos parecían volver a la vida al hablar de sus accidentes de helicóptero y de sus compañeros moribundos. (El antiguo corresponsal del *New York Times* Chris Hedges, que cubrió varios conflictos brutales, tituló su libro *War Is a Force That Gives Us Meaning*,[13] La guerra es una fuerza que nos da significado). Muchas personas traumatizadas parecen buscar experiencias que nos repelerían a la mayoría,[14] y los pacientes suelen quejarse de una vaga sensación de vacío y de aburrimiento cuando no están enfadados, bajo coacción o realizando alguna actividad peligrosa.

Mi paciente Julia fue brutalmente violada a punta de pistola en la habitación de un hotel cuando tenía dieciséis años. Poco después, se lio con un chulo violento que la prostituía. La pegaba con regularidad. Estuvo varias veces en la cárcel por prostitución, pero siempre volvía con su chulo. Finalmente, sus abuelos intervinieron y le pagaron un intenso programa de rehabilitación. Después de realizar con éxito el tratamiento en el hospital, empezó a trabajar como recepcionista y a estudiar en una universidad local. En la asignatura de sociología, hizo un trabajo de final de trimestre sobre las posibilidades liberadoras de la prostitución, para el cual se leyó las memorias de varias prostitutas famosas. Poco a poco, fue abandonando todas las otras

asignaturas. Una breve relación con un compañero de clase rápidamente terminó mal. Según ella, él la aborrecía hasta la saciedad, y sus calzoncillos bóxer la horrorizaban. Entonces se fue con un drogadicto que conoció en el metro que primero la pegaba y luego empezó a acosarla. Finalmente, encontró la motivación para volver al tratamiento cuando de nuevo volvieron a agredirla brutalmente.

Freud tenía un término para estas recreaciones traumáticas: «la compulsión de repetir». Él y muchos de sus seguidores creían que las recreaciones eran un intento inconsciente de lograr el control de una situación dolorosa y que a la larga podrían llevarla a su dominio y resolución. No hay ninguna evidencia que respalde esta teoría; la repetición solo lleva a más dolor y más odio hacia uno mismo. En realidad, incluso revivir el trauma repetidamente en la terapia puede reforzar la preocupación y la fijación.

Mark Greenberg y yo decidimos saber más sobre los atractores; es decir, sobre las cosas que nos atraen, nos motivan y nos hacen sentir vivos. Normalmente, los atractores tienen la misión de hacernos sentir mejor. Así pues, ¿por qué tanta gente se ve atraída hacia situaciones peligrosas o dolorosas? Al final, encontramos un estudio que explicaba cómo las actividades que causan miedo o dolor pueden convertirse posteriormente en experiencias emocionantes.[15] En los años setenta, Richard Solomon de la Universidad de Pennsylvania ya demostró que el cuerpo aprende a adaptarse a todo tipo de estímulos. Podemos quedar enganchados a las drogas porque instantáneamente hacen que nos sintamos bien, pero actividades como los baños de vapor, correr maratones o saltar en paracaídas, que inicialmente pueden causar incomodidad e incluso terror, a la larga pueden resultar muy placenteras. Este ajuste gradual indica que se ha establecido un nuevo equilibrio químico en nuestro cuerpo, de manera que los corredores de maratones, por ejemplo, logran una sensación de bienestar y de euforia cuando llevan su cuerpo al límite.

En este punto, igual que con la adicción a las drogas, empezamos a desear ansiosamente realizar la actividad y experimentamos el síndrome de abstinencia cuando no podemos realizarla. A la larga, a la gente le preocupa más el dolor de la abstinencia que la actividad en sí. Esta teoría podría explicar por qué algunas personas contratan a otras para que les peguen o se queman con cigarrillos, o por qué solo les atraen las personas que les hacen daño. El miedo y la aversión, de un modo perverso, pueden transformarse en placer.

Solomon lanzó la hipótesis de que las endorfinas (las sustancias químicas tipo morfina que el cerebro secreta en respuesta al estrés) desempeñan un papel en las adicciones paradójicas descritas por él. Volví a pensar en su teoría cuando mi hábito de ir a la biblioteca me llevó a un artículo titulado «Pain in Men Wounded in Battle» (El dolor en los hombres heridos en combate), publicado en 1946. Después de observar que el 75 % de los soldados heridos gravemente en el frente italiano no pedían morfina, un cirujano llamado Henry K. Beecher especuló que «las emociones fuertes pueden bloquear el dolor».[16]

¿Eran aplicables las observaciones de Beecher a las personas con TEPT? Mark Greenberg, Roger Pitman, Scott Orr y yo decidimos preguntar a ocho veteranos que combatieron en Vietnam si estarían dispuestos a realizar una prueba estándar del dolor mientras veían escenas de diferentes películas. El primer vídeo que les mostramos era de la película *Platoon* (1986) de Oliver Stone, gráficamente violenta, y mientras se proyectaba medimos durante cuánto tiempo podían permanecer los veteranos con la mano derecha en un cubo de agua helada. Luego repetimos este proceso con una película tranquila (y olvidada). Siete de los ocho veteranos mantuvieron la mano en el agua helada un 30 % más tiempo durante *Platoon*. Posteriormente, calculamos que la cantidad de analgesia producida por el visionado durante quince minutos de una película bélica era equivalente a la provocada por la inyección de ocho miligramos de morfina, aproximadamente la misma dosis que recibiría alguien ingresado en urgencias por un intenso dolor torácico.

Llegamos a la conclusión de que la especulación de Beecher de que «las emociones intensas pueden bloquear el dolor» era resultado de la liberación de sustancias tipo morfina fabricadas en el cerebro. Ello sugería que, para muchas personas traumatizadas, la reexposición al estrés puede proporcionar un alivio de la ansiedad similar.[17] Fue un experimento interesante, pero no explicaba del todo por qué Julia seguía volviendo con su chulo violento.

CALMAR EL CEREBRO

El congreso de la ACNP de 1985 fue, si cabe, aún más inspirador que la edición del año anterior. El profesor Jeffrey Gray, del King’s College, dio una charla sobre la amígdala, el conjunto de células cerebrales que determinan si un sonido, una imagen o una sensación corporal se perciben como una amenaza. Los datos de Gray mostraban que la sensibilidad de la

amígdala dependía, al menos en parte, de la cantidad de serotonina de los neurotransmisores de aquella parte del cerebro. Los animales con niveles de serotonina bajos eran hiperreactivos a los estímulos estresantes (como los sonidos altos), mientras que los niveles de serotonina superiores reducían su sistema de miedo, haciendo menos probable que se volvieran agresivos o quedaran paralizados en respuesta a amenazas potenciales.[18]

Este importante hallazgo me sorprendió: mis pacientes siempre explotaban en respuesta a pequeñas provocaciones y se sentían devastados ante el menor rechazo. Me fascinaba el posible papel de la serotonina en el TEPT. Otros investigadores habían mostrado que los monos macho dominantes tenían niveles de serotonina en el cerebro mucho mayores que los animales de rango inferior, pero que sus niveles de serotonina caían cuando se les impedía mantener contacto visual con los monos con respecto a los cuales se sentían superiores. En cambio, los monos de rango inferior a los que se administraba suplementos de serotonina salían del montón para asumir el liderazgo.[19] El entorno social interactúa con la química del cerebro. Manipular a un mono para que ocupe una posición inferior en la jerarquía de dominio hacía que su serotonina disminuyera, mientras que mejorar químicamente la serotonina elevaba en rango a los que antes eran subordinados.

Las implicaciones para las personas traumatizadas eran obvias. Como los animales con niveles bajos de serotonina de Gray, eran hiperreactivas, y su capacidad de relacionarse socialmente se veía a menudo comprometida. Si podíamos encontrar la forma de aumentar los niveles de serotonina en el cerebro, quizás podríamos resolver ambos problemas simultáneamente. En el mismo congreso de 1985, me enteré de que algunas compañías farmacéuticas estaban desarrollando dos nuevos productos para hacer precisamente eso, pero como ninguno estaba todavía disponible, experimenté brevemente con el suplemento L-triptófano, que se vende en las tiendas dietéticas y que es un precursor químico de la serotonina corporal (los resultados fueron decepcionantes). Uno de los fármacos investigados nunca llegó al mercado. El otro era la fluoxetina, que bajo el nombre de Prozac se convirtió en uno de los fármacos psicoactivos de más éxito jamás creado.

El lunes 8 de febrero de 1988, el Prozac fue lanzado por la compañía farmacéutica Eli Lilly. El primer paciente que vi ese día era una joven con una historia horrible de abuso infantil que estaba luchando contra la bulimia. Básicamente, se pasaba el día comiendo compulsivamente y purgándose. Le

extendí una receta para este nuevo medicamento, y cuando volvió el jueves me dijo: «Estos últimos días han sido muy diferentes: he comido cuando he tenido hambre y el resto del día hacía los deberes». Fue una de las frases más impresionantes que he escuchado jamás en mi consulta.

El viernes vi a otra paciente a la que receté Prozac el lunes anterior. Era una mujer con depresión crónica, madre de dos hijos en edad escolar, preocupada por sus defectos como madre y esposa y anulada por las exigencias de unos padres que la maltrataron mucho siendo niña. Al cabo de dos días de tomar Prozac me pidió si podía saltarse la visita del lunes siguiente, que era el Día del Presidente. «Al fin y al cabo –explicaba–, nunca he llevado a mis hijos a esquiar (siempre lo hace mi esposo) y ese día lo tienen libre. Sería estupendo que tuvieran buenos recuerdos de haberlo pasado bien todos juntos».

Era una paciente a la que el simple hecho de llegar al final del día ya le costaba. Después de esa visita, llamé a una persona de Eli Lilly y le dije: «Tenéis una fármaco que ayuda a la gente a permanecer en el presente, en lugar de permanecer atrapada en el pasado». Posteriormente, Lilly me concedió una pequeña subvención para estudiar los efectos de Prozac en el TEPT en 64 personas (22 mujeres y 42 hombres), el primer estudio sobre los efectos de este nuevo tipo de fármacos sobre el TEPT. Nuestro equipo de la Trauma Clinic registró a 33 no veteranos, y mis colaboradores, antiguos compañeros de la clínica de la VA, registraron a 31 veteranos de guerra. Durante 8 semanas, la mitad de cada grupo tomó Prozac y la otra mitad tomó placebo. El estudio era doble ciego: ni nosotros ni los pacientes sabíamos qué sustancia estaban tomando, de modo que nuestras preconcepciones no podían sesgar nuestras valoraciones.

Todos los participantes en el estudio mejoraron (incluidos lo que tomaron placebo), al menos hasta cierto grado. La mayoría de los estudios del TEPT detectan un efecto placebo significativo. Las personas que se arman de valor para participar en un estudio sin cobrar nada, en el que se les pincha constantemente con agujas, y en el que solo tienen el 50 % de posibilidades de tomar un fármaco activo, están intrínsecamente motivadas para resolver su problema. Quizás su recompensa sea solo la atención que se les presta, la oportunidad de responder a preguntas sobre cómo se sienten y qué piensan. Pero quizás los besos de una madre que calman los rasguños de su hijo son también «solo» placebo.

El Prozac funcionó significativamente mejor que el placebo en los

pacientes de la Trauma Clinic. Dormían mejor, tenían un mejor control de sus emociones y se preocupaban menos por el pasado que los que tomaron una pastilla de azúcar.[20] Sorprendentemente, sin embargo, el Prozac no tuvo ningún efecto en los veteranos de guerra de la clínica de la VA; los síntomas del TEPT en su caso no variaron. Estos resultados se han mantenido en la mayoría de los estudios farmacológicos subsiguientes realizados con veteranos: aunque algunos presentan modestas mejorías, la mayoría no experimenta ninguna mejora. Nunca he podido explicarlo, y tampoco puedo aceptar la explicación más habitual, según la cual recibir una pensión o beneficios por incapacidad impide que la gente mejore. Al fin y al cabo, la amígdala no sabe nada de pensiones; simplemente detecta amenazas.

Sin embargo, medicaciones como el Prozac y otros fármacos relacionados como Zoloft, Celexa, Cymbalta y Paxil han contribuido de forma importante en el tratamiento de los trastornos relacionados con los traumas. En nuestro estudio con Prozac, usamos el test de Rorschach para medir cómo percibe su entorno la gente traumatizada. Estos datos nos dieron una importante información sobre cómo puede funcionar este tipo de fármacos (conocidos formalmente como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS). Antes de tomar Prozac, las emociones de estos pacientes controlaban sus reacciones. Recuerdo a una paciente holandesa, por ejemplo (que no formaba parte del estudio con Prozac) que vino a verme para que la tratara por una violación que sufrió de pequeña, y que en cuanto oyó mi acento holandés no tuvo ninguna duda de que iba a violarla. El Prozac marcó una gran diferencia: daba a los pacientes con TEPT una sensación de perspectiva[21] y les ayudaba a recuperar considerablemente el control sobre sus impulsos. Jeffrey Gray debía de tener razón: cuando los niveles de serotonina subían, la mayoría de mis pacientes se volvía menos reactivo.

EL TRIUNFO DE LA FARMACOLOGÍA

La farmacología no tardó mucho en revolucionar la psiquiatría. Los fármacos permitían a los médicos ser más eficaces y representaban una herramienta más allá de la terapia conversacional. Los fármacos también producían ingresos y beneficios. Las becas de las farmacéuticas nos permitían tener los laboratorios repletos de enérgicos estudiantes universitarios y de sofisticados instrumentos. Los departamentos de psiquiatría, que siempre se habían situado en los sótanos de los hospitales, empezaron a subir, tanto en su

localización como como en su prestigio.

Un reflejo de este cambio se produjo en el MMHC, donde a principios de los años noventa, la piscina del hospital se cubrió para tener más espacio para un laboratorio, y la cancha interior de baloncesto se repartió en diferentes cubículos para una nueva clínica de mediación. Durante décadas, médicos y pacientes habían compartido democráticamente los placeres de salpicarse en la piscina y de pasarse la pelota en la cancha. Yo pasaba horas en el gimnasio con los pacientes cuando era auxiliar de la unidad. Era el único lugar en el que podíamos recuperar cierta sensación de bienestar físico, una isla en medio de la desgracia a la que nos enfrentábamos a diario. Ahora, se había convertido en un lugar para «arreglar» a los pacientes.

La revolución farmacológica que empezó con tantas promesas, al final puede que haya hecho igual de mal que de bien. La teoría de que la enfermedad mental la causan básicamente unos desequilibrios químicos del cerebro que pueden corregirse con unos fármacos concretos ha sido aceptada ampliamente, tanto por los medios y el público como por la profesión médica.[22] En muchos lugares, los fármacos han desplazado la terapia y han permitido a los pacientes eliminar sus problemas sin resolver las causas subyacentes. Los antidepresivos pueden marcar la diferencia en el mundo al ayudar en el funcionamiento diario, y si hay que elegir entre tomar una pastilla para dormir o emborracharse hasta perder el conocimiento cada noche para dormir unas horas, no hay duda de qué opción es preferible. Para las personas exhaustas de intentarlo por sí solas con clases de yoga, rutinas de trabajo o simplemente aguantando, la medicación a menudo puede aportar un alivio salvador. Los ISRS pueden ser muy útiles para hacer que la gente traumatizada esté menos esclavizada por sus emociones, pero solo deberían considerarse como apéndices de un tratamiento global.[23]

Después de realizar numerosos estudios de fármacos para el TEPT, he acabado dándome cuenta de que los medicamentos psiquiátricos tiene un inconveniente grave, porque pueden desviar la atención del tratamiento de los problemas subyacentes. El modelo de la enfermedad cerebral quita de las manos de los pacientes el control de su destino y pone a los médicos y a las aseguradoras al cargo de la resolución de sus problemas.

En las últimas tres décadas, las medicaciones psiquiátricas se han convertido en el sostén de nuestra cultura, con unas consecuencias dudosas. Pensemos en los antidepresivos. Si fueran tan eficaces como se ha llegado a creer, la depresión se habría convertido en un problema menor en nuestra

sociedad. En cambio, aunque el número de antidepresivos sigue creciendo, ello no ha repercutido en una reducción de los ingresos hospitalarios por depresión. El número de personas tratadas por depresión se ha triplicado en las dos últimas décadas, y actualmente uno de cada diez americanos toma antidepresivos.[24]

La nueva generación de antipsicóticos, como Abilify, Risperdal, Zyprexa y Seroquel, son los fármacos que más se venden en Estados Unidos. En 2012, el sector público gastó 1.526.280.000 $ en Abilify, más que en cualquier otra medicación. En el tercer puesto se encontraba Cymbalta, un antidepresivo que vendió más de 1000 millones de dólares en pastillas,[25] aunque nunca se ha demostrado que sea superior a otros antidepresivos como el Prozac, para el que existen genéricos mucho más baratos. Medicaid, el programa sanitario federal de Estados Unidos para las personas pobres, se gasta más en antipsicóticos que en cualquier otro tipo de fármacos.[26] En 2008, el año más reciente para el que existen datos completos, financió 3600 millones de dólares para medicaciones antipsicóticas, hasta 1650 millones en 1999. El número de personas menores de 20 años a las que se les han recetado medicamentos antipsicóticos financiados por Medicaid se triplicó entre 1999 y 2008. El 4 de noviembre de 2013, Johnson & Johnson aceptó pagar más de 2200 millones de dólares en sanciones penales y civiles para resolver las acusaciones de haber promocionado indebidamente el antipsicótico Risperdal entre adultos, niños y personas con discapacidades de desarrollo.[27] Pero nadie considera responsables a los médicos que lo recetaron.

Medio millón de niños en Estados Unidos toman actualmente fármacos antipsicóticos. Los niños pertenecientes a familias con pocos ingresos tienen cuatro veces más probabilidades de tomar medicamentos antipsicóticos que los niños que tienen seguros privados. Las medicaciones suelen utilizarse para que los niños que han sufrido malos tratos y abandono sean más dóciles. En 2008 se recetaron antipsicóticos a 19.045 niños de hasta 5 años a través de Medicaid.[28] Un estudio basado en los datos de Medicaid de 13 estados reveló que el 12,4 % de los niños que están en acogida temporal toma antipsicóticos, frente al 1,4 % de los niños elegibles según Medicaid en general.[29] Estas medicaciones hacen que los niños sean más dóciles y menos agresivos, pero también interfieren con la motivación, el juego y la curiosidad, elementos imprescindibles para madurar y convertirnos en miembros sanos y beneficiosos para la sociedad.

Los niños que los toman también corren el riesgo de sufrir obesidad

mórbida y de desarrollar diabetes. Mientras tanto, las sobredosis provocadas por la combinación de medicaciones psiquiátricas y analgésicas siguen aumentando.[30]

Como los fármacos se han convertido en algo tan rentable, las principales revistas médicas raramente publican estudios sobre el tratamiento de los problemas de salud mental sin fármacos.[31] Los profesionales que exploran estos tratamientos son marginados por ser considerados «alternativos». Los estudios de los tratamientos sin fármacos no suelen financiarse a menos que incluyan lo que se llama *protocolos manualizados*, en los que los pacientes y los terapeutas recorren unas secuencias estrechamente prescritas que permiten poca adaptación a las necesidades individuales de los pacientes. La medicina generalista está firmemente decidida a mejorar nuestra vida con sustancias químicas, y la posibilidad de cambiar realmente nuestra fisiología y nuestro equilibrio interior por medios no farmacológicos solo se considera en raras ocasiones.

¿ADAPTACIÓN O ENFERMEDAD?

El modelo de enfermedad cerebral ignora cuatro verdades fundamentales: (1) nuestra capacidad de destruirnos entre nosotros coincide con nuestra capacidad de curarnos mutuamente. Restaurar las relaciones y la comunidad es básico para restaurar el bienestar: (2) el lenguaje nos da el poder de cambiarnos nosotros y de cambiar a los demás comunicando nuestras experiencias, ayudándonos a definir lo que sabemos y encontrando un significado común; (3) tenemos la capacidad de regular nuestra propia fisiología, incluyendo algunas de las llamadas funciones involuntarias del cuerpo y del cerebro, mediante actividades básicas como respirar, movernos y tocar; y (4) podemos cambiar las condiciones sociales para crear entornos en los que los niños y los adultos puedan sentirse seguros y en los que puedan prosperar.

Cuando olvidamos estas dimensiones por excelencia de la humanidad, privamos a las personas de nuevas maneras de superar el trauma y de recuperar su autonomía. Ser paciente, en lugar de participante en el propio proceso de curación, separa de su comunidad a las personas que sufren y las aísla de su yo interior. Teniendo en cuenta las limitaciones de los fármacos, empecé a preguntarme si podríamos encontrar formas más naturales de ayudar a la gente a manejar sus respuestas postraumáticas.

CAPÍTULO 3

ANALIZAR EL CEREBRO: LA REVOLUCIÓN DE LA NEUROCIENCIA

> Si pudiéramos mirar a través del cráneo el cerebro de una persona consciente, y si las zonas de excitabilidad óptima estuvieran iluminadas, deberíamos ver sobre la superficie cerebral un punto luminoso, con unos fantásticos y ondulantes bordes con un tamaño y una forma en constante fluctuación, rodeado por oscuridad, más o menos profunda, cubriendo el resto del hemisferio.
>
> –Ivan Pavlov

> Se observa mucho mirando.
>
> –Yogi Berra

A principios de los noventa, las nuevas técnicas de imagen cerebral nos dieron la posibilidad nunca antes imaginada de comprender de forma sofisticada cómo el cerebro procesa la información. Máquinas gigantescas, que valen varios millones de dólares, basadas en la física avanzada y en la informática convirtieron rápidamente la neurociencia en uno de los ámbitos de investigación más populares. La tomografía por emisión de positrones (PET) y más adelante la resonancia magnética funcional (RMf) permitieron a

los científicos visualizar cómo se activan diferentes partes del cerebro cuando la gente realiza ciertas tareas o cuando recuerda acontecimientos del pasado. Por primera vez, podíamos ver el cerebro procesando recuerdos, sensaciones y emociones y empezamos a cartografiar los circuitos de la mente y de la consciencia. La tecnología anterior de medición de las sustancias químicas cerebrales como la serotonina o la norepinefrina permitió a los científicos observar qué *alimentaba* la actividad neural, que es como intentar comprender el motor de un coche estudiando la gasolina. Las imágenes neuronales permitieron ver dentro del motor. Por eso, también transformaron nuestros conocimientos sobre el trauma.

La Facultad de Medicina de Harvard estaba y está a la vanguardia de la revolución de la neurociencia, y en 1994 un joven psiquiatra, Scott Rauch, fue nombrado primer director del laboratorio de neuroimagen del Massachusetts General Hospital. Después de considerar las cuestiones más relevantes a las que podía responder esta nueva tecnología y de leer algunos artículos que yo había escrito, Scott me preguntó si pensaba que podríamos estudiar el cerebro de las personas que tienen *flashbacks*.

Yo había acabado recientemente un estudio sobre cómo se recuerda el trauma (descrito en el capítulo 12), en el que los participantes me contaban constantemente lo angustiante que era verse asaltado repentinamente por imágenes, sentimientos y sonidos del pasado. Cuando varios dijeron que desearían saber qué mal trago les estaba jugando su cerebro durante esos *flashbacks*, les pregunté a ocho de ellos si estarían dispuestos a volver a la clínica y permanecer inmóviles en un escáner (una experiencia completamente nueva que les describía en detalle) mientras recreábamos una escena de los acontecimientos dolorosos que los asaltaban. Para mi sorpresa, los ocho aceptaron, y la mayoría expresó su esperanza de que lo que descubriéramos sobre su sufrimiento pudiera ayudar a otras personas.

Mi asistente de investigación Rita Fisler, que trabajó con nosotros antes de matricularse en la Facultad de Medicina de Harvard, se sentó con todos los participantes y construyó minuciosamente un guion que recreaba su trauma momento a momento. Deliberadamente, intentamos recopilar fragmentos aislados de su experiencia (imágenes, sonidos y sentimientos concretos) en lugar de toda la historia, porque así es como se experimenta el trauma. Rita también pidió a los participantes que describieran una escena en la que se sintieran seguros y bajo control. Una persona describió su rutina matinal; otra, sentarse en el porche de un granja de Vermont mirando las colinas.

Posteriormente, usaríamos este guion para un segundo escáner, para obtener una medición basal.

Una vez que los participantes comprobaban la precisión de los guiones (leyéndolos en silencio, menos abrumador que escucharlos o pronunciarlos), Rita preparaba una grabación que reproducíamos mientras estaban en el escºner. Este sería un guion tipo:

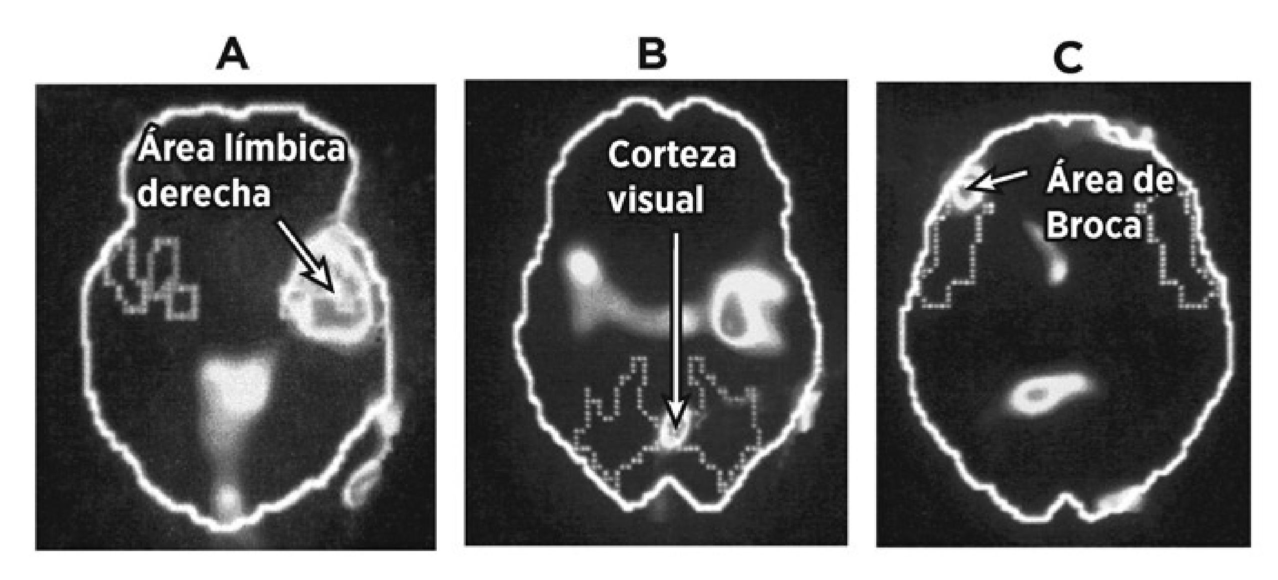
> Tienes seis años y estás a punto de acostarte. Escuchas a tu madre y a tu padre gritándose. Estás aterrorizado y tienes un nudo en el estómago. Tú y tus hermanos pequeños estáis apiñados en lo alto de las escaleras. Miras por encima de la barandilla y ves a tu padre sujetando a tu madre por el brazo mientras ella lucha para liberarse. Tu madre está llorando, escupiendo y bufando como un animal. Se te enciende el rostro y sientes mucho calor por todo el cuerpo. Cuando tu madre se libera, corre hacia el salón y rompe un jarrón chino muy caro. Gritas a tus padres que paren, pero te ignoran. Tu madre corre escaleras arriba y escuchas cómo rompe el televisor. Tus hermanos pequeños intentan ayudarla a esconderse en un armario. Tu corazón late con fuerza y estás temblando.

En esta primera sesión, explicábamos el propósito del oxígeno radiactivo que respirarían los participantes: al activarse más o menos metabólicamente algunas partes de su cerebro, su nivel de oxígeno cambiaría inmediatamente, lo cual sería registrado por el escáner. Nosotros controlaríamos su presión sanguínea y el ritmo cardiaco a lo largo de todo el proceso, para poder comparar esos signos fisiológicos con la actividad cerebral.

Al cabo de unos días, los participantes vinieron al laboratorio de imagen. Marsha, una maestra de cuarenta años de un suburbio de Boston, fue la primera voluntaria en hacerse el escáner. Su guion la transportaba a trece años atrás, hasta el día en que fue a recoger a su hija de cinco años, Melissa, de un campamento diurno. Al salir, Marsha escuchó un pitido insistente, indicándole que el cinturón de Melissa no estaba bien abrochado. Al intentar Marsha abrocharlo bien, se saltó un semáforo en rojo. Un coche chocó contra el suyo por la derecha, matando al instante a su hija. En la ambulancia hacia el hospital, el bebé de siete meses que Marsha llevaba en el vientre también falleció.

De la noche a la mañana, Marsha pasó de ser una mujer feliz que era la

alegría en todas las fiestas a una persona torturada y deprimida llena de culpabilidad. Dejó de dar clases para pasar al departamento de administración de la escuela, porque trabajar directamente con niños le resultaba insoportable; como les pasa a muchos padres que han perdido a sus hijos, las sonrisas felices de los niños se convierten en potentes detonantes. Incluso escondida detrás de la burocracia, apenas lograba superar el día a día. En un intento inútil de mantener sus sentimientos a raya, trabajaba de día y de noche. Yo estaba al lado del escáner mientras Martha estaba dentro y podía seguir sus reacciones fisiológicas en un monitor. En el momento en que empezamos a reproducir la cinta, su corazón empezó a acelerarse y su presión sanguínea subió mucho. El simple hecho de escuchar el guion activaba las mismas respuestas fisiológicas que ocurrieron durante el accidente cinco años atrás. Cuando terminó la cinta y el ritmo cardiaco y la presión sanguínea de Martha volvieron a la normalidad, reprodujimos el segundo guion: salir de la cama y lavarse los dientes. En esta ocasión, su ritmo cardiaco y la presión sanguínea no cambiaron.



Representación del cerebro bajo el trauma: Los puntos brillantes en (A) el cerebro límbico y (B) la corteza visual mostraban un aumento de la activación. En la representación (C) el centro del habla muestra una activación notablemente reducida.

Al salir del escáner, Marsha parecía derrotada, fuera de sí y paralizada. Respiraba superficialmente, con los ojos bien abiertos y los hombros encorvados; la viva imagen de la vulnerabilidad y la indefensión. Intentamos reconfortarla, pero me preguntaba si algo de lo que habíamos visto compensaría su aflicción.

Después de que los ocho participantes siguieran el mismo proceso, Scott Rauch se puso a trabajar con sus matemáticos y sus estadísticos para crear imágenes compuestas que compararan la activación creada por los *flashbacks* con el cerebro en situación neutra. Al cabo de algunas semanas me envió los resultados, que verán a continuación. Me puse los escáneres en la nevera de mi cocina y, durante los meses siguientes, los miré cada tarde. Se me ocurrió que así era como los primeros astrónomos debían sentirse al mirar por el telescopio una nueva constelación.

Había algunos puntos y colores confusos en el escáner, pero la mayor área de activación cerebral (una gran zona roja en el centro inferior derecho del cerebro, que es el área límbica o cerebro emocional) no fue ninguna sorpresa. Ya sabíamos que las emociones intensas activan el sistema límbico, en concreto un área de este llamado *amígdala*. Dependemos de la amígdala para que nos avise de los peligros inminentes y para activar la respuesta de estrés del cuerpo. Nuestro estudio mostraba claramente que cuando a las personas traumatizadas se les muestran imágenes, sonidos o ideas relacionados con su experiencia particular, la amígdala reacciona con alarma (incluso, como en el caso de Marsha, trece años después del acontecimiento). La activación de este centro del miedo desencadena la cascada de hormonas del estrés e impulsos nerviosos que elevan la presión sanguínea, el ritmo cardiaco y el consumo de oxígeno (preparando al cuerpo para escapar o luchar).[1] Los monitores conectados a los brazos de Marsha registraban este estado fisiológico de agitación, aunque nunca perdió totalmente de vista que estaba tranquilamente tumbada en el escáner.

UN HORROR INDESCRIPTIBLE

Nuestro hallazgo más sorprendente fue una mancha blanca en el lóbulo frontal izquierdo de la corteza cerebral, en una región llamada área de Broca. En este caso, el cambio de color significaba que había una importante disminución en esa parte del cerebro. El área de Broca es uno de los centros del habla del cerebro, que suele verse afectada en pacientes de ictus, cuando se corta el riego sanguíneo hacia esta región. Sin un área de Broca que funcione bien, no podemos expresar en palabras nuestras ideas ni nuestros sentimientos. Nuestros escáneres mostraron que el área de Broca se desconectaba cuando se desencadenaba un *flashback*. En otras palabras, obtuvimos una prueba real de que los efectos del trauma no son

necesariamente diferentes de los efectos de las lesiones físicas como los ictus (y que pueden superponerse con estas).

Todos los traumas son preverbales. Shakespeare capta este estado de terror indescriptible en *Macbeth*, cuando se descubre el cadáver del rey asesinado. «¡Oh! ¡Horror! ¡Horror! ¡Horror! ¡Ni la lengua ni el corazón pueden concebir ni nombrar esto! La confusión acaba de hacer su obra maestra». Bajo condiciones extremas, la gente puede gritar obscenidades, llamar a su madre, gritar de terror o simplemente callarse. Las víctimas de ataques y de accidentes permanecen mudas y paralizadas en las urgencias; los niños traumatizados «se quedan sin lengua» y se niegan a hablar. Fotografías de soldados de combate muestran a hombres con la mirada vacía mirando en silencio hacia el vacío.

Incluso años después, a las personas traumatizadas les cuesta muchísimo contar a los demás lo que les ha sucedido. Su cuerpo revive el terror, la rabia y la impotencia, así como el impulso de luchar o de huir, pero estos sentimientos son prácticamente imposibles de articular. Por naturaleza, el trauma nos lleva al borde de la comprensión, desconectándonos del lenguaje basado en la experiencia común o en un pasado imaginable.

Esto no significa que las personas no puedan hablar de una tragedia que les haya ocurrido. Tarde o temprano, la mayoría de los supervivientes, como los veteranos del capítulo 1, elaboran lo que muchos llaman una «historia de portada», que ofrece algunas explicaciones de sus síntomas y su comportamiento para consumo del público. Estas historias, sin embargo, en raras ocasiones captan la verdad interna de la experiencia. Es sumamente difícil organizar las experiencias traumáticas propias en un relato coherente, en una narración con un inicio, un desarrollo y un final. Incluso un experimentado reportero como el famoso corresponsal de la CBS Ed Murrow tuvo dificultades en transmitir las atrocidades que vio cuando el campo de concentración de Buchenwald fue liberado de los nazis en 1945: «Ruego que crean lo que he dicho. He contado lo que vi y oí, pero solo una parte de ello. Para la mayoría de las cosas, no tengo palabras».

Cuando las palabras fallan, las imágenes aterradoras captan la experiencia y vuelven como pesadillas y *flashbacks*. A diferencia de la desactivación del área de Broca, en nuestros participantes se iluminó otra región, el área 19 de Brodmann. Es una región de la corteza visual que registra las imágenes cuando entran por primera vez en el cerebro. Nos sorprendió ver activación cerebral en esta área tanto tiempo después la primera vivencia del trauma. En

situaciones normales, las imágenes en bruto registradas en el área 19 se difunden rápidamente a otras regiones cerebrales que interpretan el significado de lo que se ha visto. De nuevo, estábamos viendo una región cerebral activada como si el trauma estuviera ocurriendo realmente.

Como veremos en el capítulo 12, en el que hablaremos de la memoria, otros fragmentos no procesados del trauma, como los sonidos, los olores y otras sensaciones físicas, también se registran separadamente de la historia en sí. Sensaciones similares suelen desencadenar un *flashback* que los lleva de nuevo a la conciencia, aparentemente inalterados por el paso del tiempo.

PASAR A UN LADO DEL CEREBRO

Los escáneres también revelaron que, durante los *flashbacks*, solo se iluminaba el lado derecho del cerebro de nuestros sujetos. Actualmente existe mucha literatura científica y popular sobre las diferencias entre el cerebro derecho y el izquierdo. A principios de los años noventa, escuché que algunas personas habían empezado a dividir el mundo entre la gente de hemisferio cerebral izquierdo (gente racional, lógica) y la gente de hemisferio cerebral derecho (gente intuitiva y artística), pero no presté mucha atención a esa idea. Sin embargo, nuestros escáneres mostraban claramente que las imágenes de los traumas del pasado activan el hemisferio derecho del cerebro y desactivan el izquierdo.

Actualmente sabemos que los dos hemisferios del cerebro hablan lenguajes diferentes. El derecho es intuitivo, emocional, visual, espacial y táctil; y el izquierdo es lingüístico, secuencial y analítico. Mientras que el hemisferio izquierdo del cerebro se ocupa de la conversación, el derecho es el que se ocupa de la música de la experiencia. Se comunica mediante expresiones faciales y lenguaje corporal, y componiendo los sonidos del amor y de la pena: cantando, jurando, gritando, bailando o imitando. El cerebro derecho es el que se desarrolla primero en el útero, y transmite la comunicación no verbal entre las madres y sus hijos. Sabemos que el hemisferio izquierdo se conecta cuando los niños empiezan a comprender el lenguaje y aprenden a hablar. Esto les permite nombrar las cosas, compararlas, comprender sus interrelaciones y empezar a comunicar sus experiencias únicas y subjetivas a los demás.

Los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro también procesan las huellas del pasado de maneras drásticamente distintas.[2] El cerebro izquierdo

recuerda los hechos, las estadísticas y el vocabulario de los acontecimientos. Recurrimos a él para explicar nuestras experiencias y ponerlas en orden. El cerebro derecho almacena los recuerdos sonoros, táctiles, olfativos y las emociones que evocan. Reacciona automáticamente a las voces, las características faciales y a los gestos y los lugares vividos en el pasado. Lo que recuerda parece una verdad intuitiva; es el modo en que funcionan las cosas. Incluso cuando describimos las virtudes de una persona amada a una amiga, nuestros sentimientos pueden mezclarse profundamente si, por ejemplo, su cara nos recuerda a la tía que quisimos cuando teníamos cuatro años.[3]

En circunstancias normales, ambos lados del cerebro funcionan conjuntamente de manera más o menos fluida, incluso en las personas en las que un lado predomina más que el otro. Sin embargo, tener un lado o el otro desconectado, aunque sea temporalmente, o tener un lado completamente desconectado (como pasaba en los inicios de la cirugía cerebral) resulta limitante.

La desactivación del hemisferio izquierdo tiene un impacto directo sobre la capacidad de organizar la experiencia en secuencias lógicas y de traducir nuestros sentimientos y pensamientos cambiantes en palabras. (El área de Broca, que se apaga durante los *flashbacks*, está en el lado izquierdo). Sin secuenciar, no podemos identificar la causa y el efecto, comprender los efectos a largo plazo de nuestras acciones ni hacer planes de futuro coherentes. Las personas que están muy afligidas dicen que están «perdiendo la cabeza». En términos técnicos, están experimentando la pérdida del funcionamiento ejecutivo.

Cuando a las personas traumatizadas algo les recuerda el pasado, su cerebro derecho reacciona como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo en el presente. Pero como su cerebro izquierdo no está funcionando muy bien, puede que no sean conscientes de estar reexperimentando y representando el pasado; simplemente están furiosas, aterradas, rabiosas, avergonzadas o paralizadas. Cuando esta tormenta emocional ya ha pasado, puede que busquen algo o a alguien a quien culpar. Se han comportado así porque *nosotros* hemos llegado diez minutos tarde, o porque *nosotros* hemos quemado las patatas, o porque *tú* nunca me escuchas. Evidentemente, la mayoría hemos hecho esto alguna vez, pero cuando se nos pasa solemos admitir nuestro error. El trauma interfiere con este tipo de conciencia, y con el tiempo nuestra investigación ha demostrado por qué.

ATRAPADOS EN LA LUCHA O EN LA HUIDA

Lo que le sucedió a Marsha en el escáner poco a poco empezó a tener sentido. Trece años después de su tragedia, activamos las sensaciones (los sonidos y las imágenes del accidente) que seguían almacenados en su memoria. Cuando estas sensaciones salieron a la superficie, activaron su sistema de alarma, que hizo que reaccionara como si estuviera otra vez en el hospital escuchando que su hija había fallecido. El paso de esos trece años quedaba borrado. El ritmo cardiaco acelerado y el aumento de la presión arterial reflejaban su estado de alarma agitado.

La adrenalina es una de las hormonas críticas para ayudarnos a luchar o a escapar en situación de peligro. El aumento de adrenalina fue el responsable de la drástica aceleración del ritmo cardiaco y del aumento de presión sanguínea de nuestros participantes mientras escuchaban la narración de su trauma. En condiciones normales, la gente reacciona a una amenaza con un aumento temporal de las hormonas del estrés. En cuanto la amenaza desaparece, las hormonas se disipan y el cuerpo recupera la normalidad. Las hormonas del estrés de las personas traumatizadas, en cambio, tardan mucho más a volver al nivel basal y crean picos rápida y desproporcionadamente en respuesta a unos estímulos ligeramente estresantes. Entre los efectos insidiosos de tener las hormonas del estrés permanentemente elevadas figuran problemas de memoria y de atención, irritabilidad y trastornos del sueño. También contribuyen a muchos problemas de salud a largo plazo, en función del sistema corporal más o menos vulnerable de cada persona.

Ahora sabemos que existe otra respuesta posible ante la amenaza que nuestros escáneres todavía no pueden medir. Algunas personas simplemente recurren a la negación: sus cuerpos registran la amenaza, pero su mente consciente sigue como si no hubiera pasado nada. Sin embargo, aunque la mente pueda aprender a ignorar los mensajes del cerebro emocional, las señales de alarma no se detienen. El cerebro emocional sigue funcionando y las hormonas del estrés siguen mandando señales a los músculos para que se tensen para actuar o se inmovilicen colapsados. Los efectos físicos sobre los órganos siguen sin cesar hasta que reclaman atención expresándose como enfermedad. Las medicaciones, las drogas y el alcohol también pueden apagar o anular temporalmente las sensaciones y los sentimientos insoportables. Pero el cuerpo sigue llevando la cuenta.

Podemos interpretar lo que le sucedió a Marsha en el escáner desde

diferentes perspectivas, cada una de las cuales tiene implicaciones para el tratamiento. Podemos centrarnos en las alteraciones neuroquímicas y fisiológicas tan evidentes y decir que sufre un desequilibrio bioquímico que se reactiva en cuanto recuerda la muerte de su hija. Entonces, podemos buscar un fármaco o una combinación de fármacos que anulen la reacción o, en el mejor de los casos, restauren el equilibrio químico. Basándose en los resultados de nuestros escáneres, algunos de mis compañeros del MGH empezaron a investigar fármacos para que la gente respondiera menos a los efectos de una adrenalina elevada.

También podemos afirmar que Marsha está hipersensibilizada a sus recuerdos del pasado y que el mejor tratamiento sería alguna forma de desensibilización.[4] Después de repetir una y otra vez los detalles del trauma con un terapeuta, sus respuestas biológicas podrían anularse, de manera que pudiera darse cuenta y recordar que «eso era entonces y esto es ahora», en lugar de revivir la historia una y otra vez.

Durante cien años o más, todos los manuales de psicología y de psicoterapia han sugerido que el hecho de hablar sobre los sentimientos angustiantes puede resolverlos. Sin embargo, como hemos visto, la propia experiencia del trauma se entromete en nuestra capacidad de hacerlo. Por mucho conocimiento y comprensión que desarrollemos, el cerebro racional es básicamente incapaz de sacar al cerebro emocional de su realidad hablando. Siempre me impresiona ver lo difícil que es para las personas que han sufrido algo indescriptible transmitir la esencia de su experiencia. Para ellas, es mucho más fácil contar lo que les han hecho (contar una historia de victimización y venganza) que darse cuenta, sentir y poner palabras la realidad de su experiencia interna.

Nuestros estándares revelaron que su terror persistía y que podía verse desencadenado por múltiples aspectos de su experiencia diaria. No habían integrado su experiencia en el flujo continuo de su vida. Seguían estando «allí» y no sabían cómo estar «aquí», totalmente vivos en el presente.

Al cabo de tres años de haber participado en nuestro estudio, Marsha vino a verme como paciente. La traté con éxito con la EMDR, descrita en el capítulo 15.

PARTE 2

ASÍ ES NUESTRO CEREBRO BAJO EL TRAUMA

CAPÍTULO 4

CORRER PARA SALVAR LA VIDA: ANATOMÍA DE LA SUPERVIVENCIA

> Antes de la aparición del cerebro, no había ni color ni sonido en el universo, ni había sabores ni aromas y probablemente pocas sensaciones y nada de sentimientos ni emociones. Antes de los cerebros, el universo tampoco conocía el dolor ni la ansiedad.
>
> –Roger Sperry[1]

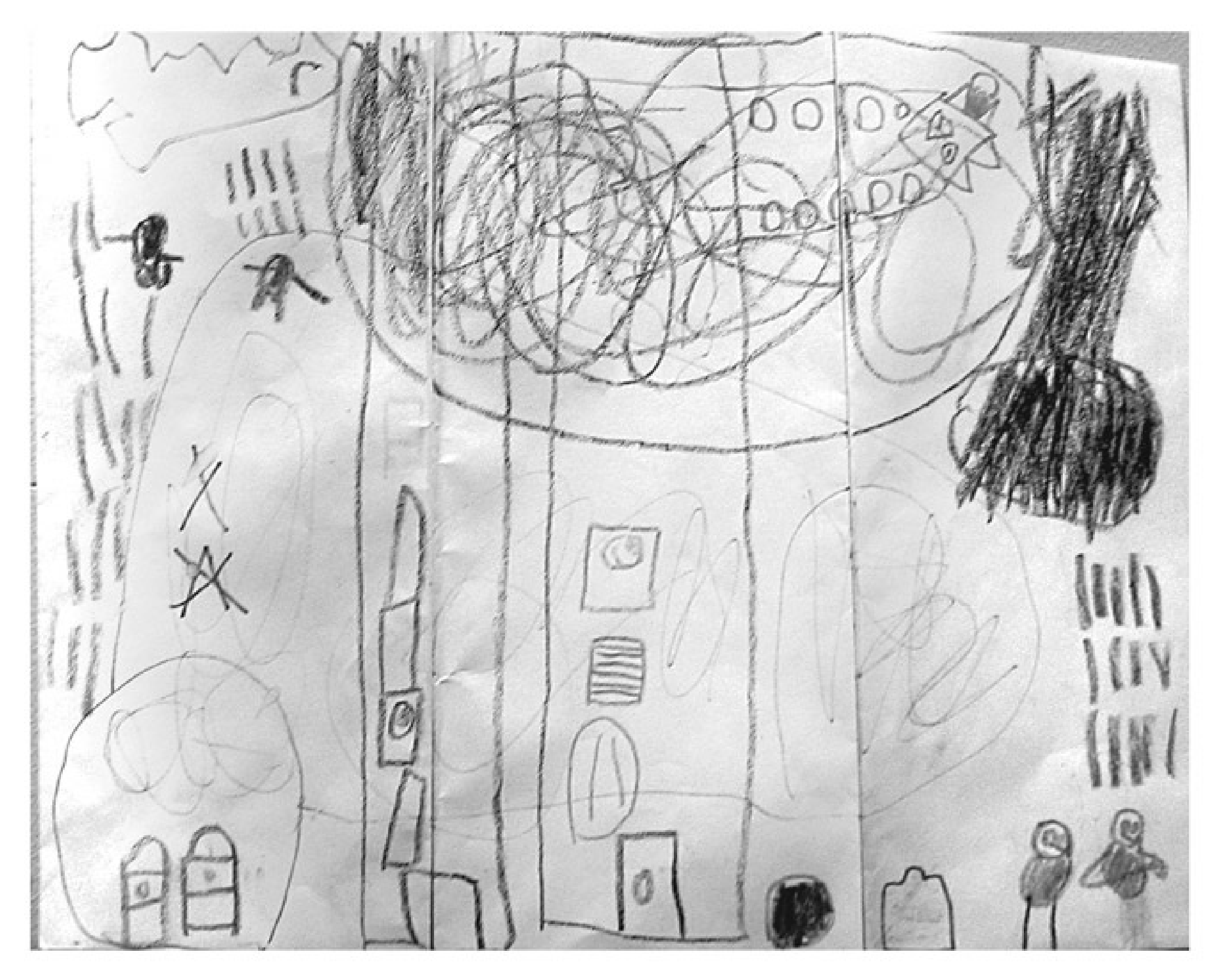
El 11 de septiembre de 2001, Noam Saul, de cinco años, fue testigo de cómo el primer avión de pasajeros se estrellaba contra el World Trade Center desde las ventanas de su clase de primer curso en la escuela PS 234, a menos de 450 metros de distancia. Él y sus compañeros corrieron con su maestra por las escaleras hasta el vestíbulo, donde la mayoría se encontraron con sus padres que acababan de dejarlos en la escuela unos minutos antes. Noam, su hermano mayor y su padre fueron tres de las decenas de personas que corrieron para salvar la vida a través de los escombros, las cenizas y el humo del Bajo Manhattan esa mañana.

Al cabo de diez días visité a su familia, que son amigos míos, y esa tarde sus padres y yo fuimos a caminar por la espeluznante oscuridad del hueco

todavía humeante en el que se levantaba antes la Torre 1, abriéndonos paso entre el personal de rescate que trabajaba sin descanso bajo intensos focos. Cuando volvimos a casa, Noam seguía despierto, y me enseñó un dibujo que había hecho el 12 de septiembre a las 9 de la mañana. El dibujo representaba lo que había visto el día anterior: un avión estrellándose en la torre, una bola de fuego, bomberos y personas saltando de las ventanas de la torre. Pero en la parte inferior había dibujado algo más: un círculo negro al pie de los edificios. No tenía ni idea de lo que era, así que le pregunté. «Una cama elástica», me respondió. ¿Qué hacía allí una cama elástica? Noam me explicó: «Para que la próxima vez que la gente tenga que salvarse no haya peligro». Me quedé sorprendido. Ese niño de cinco años, testigo de un caos y de un desastre indescriptibles solo veinticuatro horas antes de hacer ese dibujo, utilizó su imaginación para procesar lo que había visto y seguir adelante con su vida.

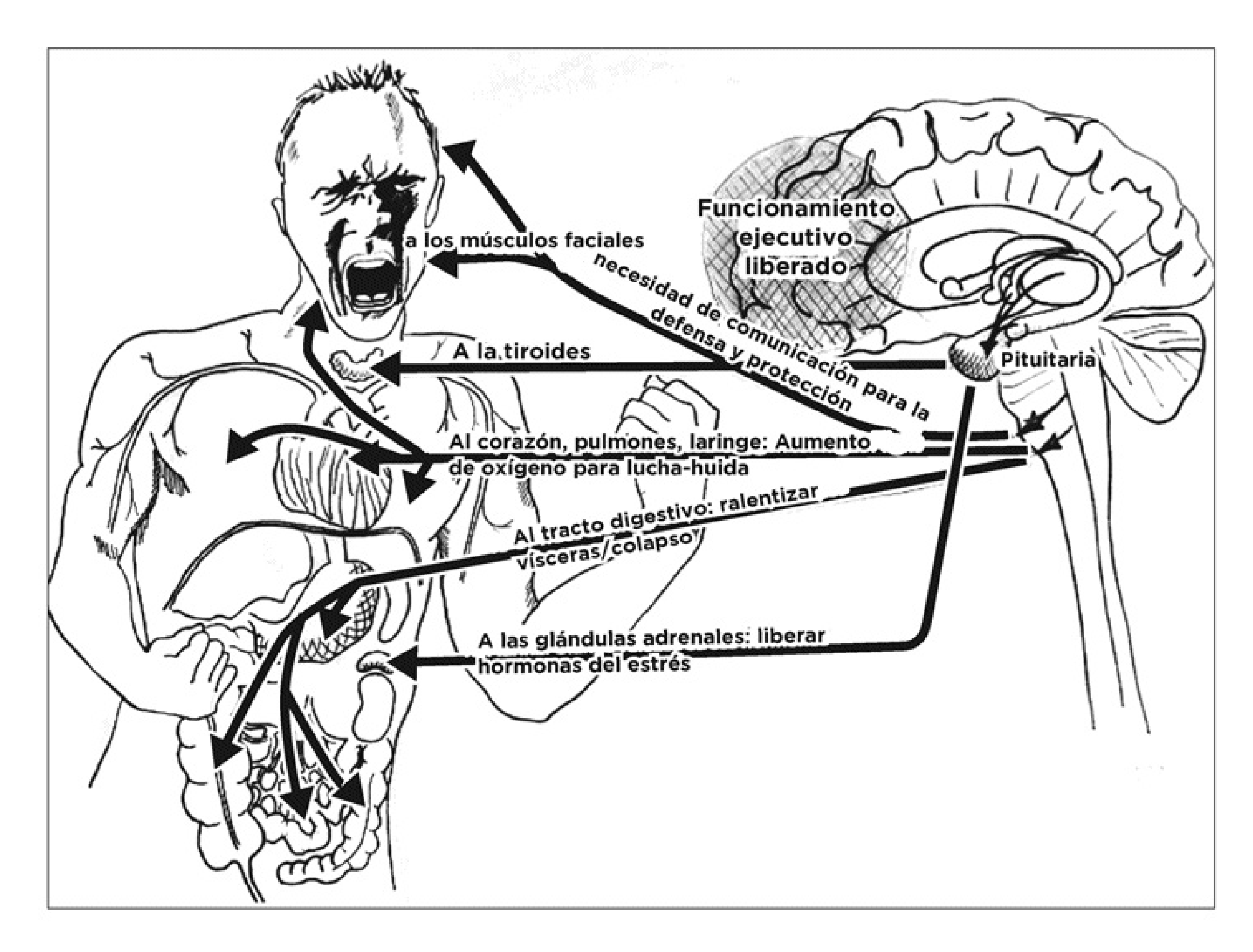
Noam era afortunado. Toda su familia había salido indemne, había crecido rodeado de amor y era capaz de comprender que la tragedia de la que habían sido testigos había llegado a su fin. Durante los desastres, los niños suelen seguir la pista de sus padres. Si sus cuidadores permanecen tranquilos y responden a sus necesidades, suelen sobrevivir a terribles incidentes sin sufrir cicatrices psicológicas graves.

Pero la experiencia de Noam nos permite ver dos aspectos críticos de la respuesta adaptativa a la amenaza que es básica para la supervivencia humana. Cuando se produjo el desastre, fue capaz de adoptar un papel activo escapando de él, convirtiéndose así en un agente de su propio rescate. Y una vez que alcanzó la seguridad de su hogar, las alarmas de su cerebro y su cuerpo se apagaron, lo cual le permitió liberar su mente para comprender qué había sucedido e incluso imaginar una alternativa creativa a lo que había visto, una cama elástica para salvar vidas.



Dibujo de Noam (5 años) creado después de presenciar el ataque del 11 de septiembre del World Trade Center. Reprodujo la imagen que torturó a tantos supervivientes (gente saltando para escapar del infierno), pero añadió algo para salvar vidas: una cama elástica al pie del edificio derrumbado.

A diferencia de Noam, la gente traumatizada permanece atascada y su crecimiento se detiene al no poder integrar las nuevas experiencias en su vida. Me emocionó mucho que los veteranos del ejército de Patton me regalaran un reloj de la II Guerra Mundial, pero era un recuerdo triste del año en el que sus vidas se detuvieron de manera efectiva: 1944. Estar traumatizado significa seguir con tu vida como si el trauma siguiera, invariable e inmutable, ya que cada nuevo encuentro o acontecimiento está contaminado por el pasado.



El trauma afecta todo el organismo humano (el cuerpo, la mente y el cerebro). En el TEPT, el cuerpo sigue defendiéndose de una amenaza que pertenece al pasado. Superar el TEPT significa ser capaz de poner fin a esta movilización continuada del estrés y restaurar todo el organismo para que se sienta seguro.

Tras el trauma, el mundo se vive con un sistema nervioso diferente. Ahora, la energía del superviviente se centra en eliminar el caos interno, en detrimento de vivir espontáneamente su vida. Estos intentos por controlar unas reacciones fisiológicas insoportables pueden dar como resultado toda una serie de síntomas físicos como la fibromialgia, la fatiga crónica y otras enfermedades autoinmunes. Ello explica por qué es crítico que el tratamiento de los traumas englobe todo el organismo: el cuerpo, la mente y el cerebro.

ORGANIZADO PARA SOBREVIVIR

La ilustración de la página 57 muestra la respuesta de todo el cuerpo a la amenaza.

Cuando el sistema de alarma del cerebro se dispara, automáticamente desencadena unos planes de huida física preprogramados en las partes más antiguas del cerebro. Como en otros animales, los nervios y las sustancias químicas que componen nuestra estructura cerebral básica están conectados directamente con nuestro cuerpo. Cuando el cerebro antiguo toma el mando, apaga parcialmente el cerebro superior, nuestra mente consciente, y prepara el cuerpo para correr, esconderse, luchar o, en ocasiones, quedarse paralizado. Para cuando somos totalmente conscientes de nuestra situación, nuestro cuerpo puede que ya esté en movimiento. Si la respuesta de lucha/huida/paralización sale bien y escapamos del peligro, recuperamos nuestro equilibrio interno y gradualmente «recuperamos los sentidos».

Si, por alguna razón, la respuesta normal se bloquea (por ejemplo, cuando la gente se encuentra retenida, atrapada o impedida para llevar a cabo una acción efectiva, ya sea en una zona de guerra, un accidente de tráfico, violencia doméstica o una violación), el cerebro sigue secretando sustancias las químicas del estrés y los circuitos eléctricos del cerebro siguen encendiéndose en vano.[2] Mucho después de suceder el acontecimiento en cuestión, el cerebro puede seguir enviando señales al cuerpo para que escape de una amenaza que ya no existe. Desde al menos 1889, cuando el psicólogo francés Pierre Janet publicó el primer artículo científico sobre el estrés traumático,[3] se ha reconocido que los supervivientes de traumas tienden a «continuar la acción, o intentan (inútilmente) realizar la acción que empezó cuando el acontecimiento se produjo». Ser capaz de moverse y de *hacer* algo para protegerse es un factor crítico a la hora de determinar si una experiencia horrible dejará o no cicatrices duraderas.


AP PHOTO/PAUL HAWTHORNE


ILLINOISPHOTO.COM

Acción efectiva frente a paralización. La acción efectiva (el resultado de luchar/huir) pone fin a la amenaza. La paralización mantiene el cuerpo en un estado de *shock* del que no se puede escapar y de impotencia aprendida. Al enfrentarse a un peligro, las personas secretan automáticamente hormonas para aumentar su resistencia y escapar. El cerebro y el cuerpo están programados para correr hacia casa, donde se puede restaurar la seguridad y las hormonas del estrés pueden descansar. En estos hombres atrapados que fueron evacuados lejos de casa después del huracán Katrina, los niveles de las hormonas del estrés permanecieron elevados y se volvieron en contra de los supervivientes, estimulando el miedo, la depresión, la rabia y la enfermedad física de forma continua.

En este capítulo voy a entrar más en los detalles de la respuesta del cerebro al trauma. Cuantas más cosas descubre la neurociencia sobre el cerebro, más conscientes somos de que es una enorme red de piezas interconectadas organizadas para ayudarnos a sobrevivir y progresar. Conocer cómo funcionan conjuntamente estas piezas es fundamental para comprender cómo afecta el trauma a cada parte del organismo humano, y puede servir como guía imprescindible para superar el estrés traumático.

EL CEREBRO DE ABAJO HACIA ARRIBA

La tarea más importante de nuestro cerebro es garantizar nuestra supervivencia, incluso bajo las condiciones más miserables. Todo lo demás es secundario. Para ello, el cerebro debe: (1) generar las señales internas que registren qué necesita nuestro cuerpo, como comida, descanso, protección, sexo y cobijo; (2) crear un mapa del mundo para indicarnos dónde ir para satisfacer estas necesidades; (3) generar la energía y las acciones necesarias para llevarnos allí; (4) avisarnos de los peligros y las oportunidades en el camino, y (5) adaptar nuestras acciones según los requisitos del momento.[4] Y como los seres humanos somos mamíferos, criaturas que solo pueden sobrevivir y prosperar en grupo, todos estos imperativos requieren coordinación y colaboración. Los problemas psicológicos aparecen cuando nuestras señales no funcionan, cuando nuestros mapas no nos llevan allí donde tenemos que ir, cuando estamos demasiado paralizados para movernos, cuando nuestras acciones no se corresponden con nuestras necesidades, o cuando se rompen nuestras relaciones. Todas las estructuras cerebrales que describo desempeñan un papel en estas funciones esenciales y, como veremos, el trauma puede interferir con todas ellas.

Nuestro cerebro racional y cognitivo es en realidad la parte más joven del cerebro y ocupa solo aproximadamente el 30 % del espacio dentro del cráneo. El cerebro racional se ocupa básicamente del mundo exterior: comprender

cómo funcionan las cosas y las personas y saber cómo cumplir nuestros objetivos, gestionar nuestro tiempo y secuenciar nuestras acciones. Debajo del cerebro racional se encuentran dos cerebros evolutivamente más viejos y, hasta cierto punto, separados, encargados de todo lo demás: el registro momento a momento y el manejo de nuestra fisiología corporal y la identificación del confort, la seguridad, la amenaza, el hambre, la fatiga, el deseo, las ganas, la activación, el placer y el dolor.

El cerebro se construye desde abajo. Se desarrolla nivel a nivel en cada niño en el útero, como durante la evolución. La parte más primitiva, la parte que ya está conectada cuando nacemos, es el antiguo cerebro animal, a menudo llamado *cerebro reptiliano*. Se encuentra en el tronco cerebral, justo encima del lugar en el que la médula espinal entra en el cráneo. El cerebro reptiliano es el responsable de todo lo que pueden hacer los recién nacidos: comer, dormir, despertar, llorar, respirar; notar la temperatura, el hambre, la humedad y el dolor; y liberar el cuerpo de toxinas orinando y defecando. El tronco cerebral y el hipotálamo (que se encuentra directamente encima) controlan conjuntamente los niveles de energía del cuerpo. Coordinan el funcionamiento del corazón y de los pulmones y también los sistemas endocrino e inmunológico, garantizando que estos sistemas básicos para la vida se mantengan dentro del equilibrio interno relativamente estable conocido como homeostasia.

Respirar, comer, dormir, hacer pis y caca son tan fundamentales que su importancia se olvida fácilmente cuando pensamos en las complejidades de la mente y del comportamiento. Sin embargo, si tenemos el sueño alterado o nuestros pulmones no funcionan bien, o si siempre tenemos hambre, o si el hecho de que nos toquen nos da ganas de gritar (como suele sucederles a los niños y adultos traumatizados), todo el organismo se ve abocado al desequilibrio. Es sorprendente ver cuántos problemas psicológicos implican dificultades con el sueño, el apetito, el tacto, la digestión y la activación. Cualquier tratamiento efectivo de un trauma debe incluir estas funciones básicas de mantenimiento del orden del cuerpo.

Justo encima del cerebro reptiliano se encuentra el sistema límbico. También se conoce como cerebro de los mamíferos, porque todos los animales que viven en grupo y que cuidan a sus crías tienen uno. El desarrollo de esta parte del cerebro realmente empieza cuando el bebé nace. Es el centro de las emociones, el monitor del peligro, el juez sobre lo que es agradable o espantoso, el árbitro de lo que es importante o no para la

supervivencia. También es el puesto de mando central para hacer frente a los retos de vivir en nuestras complejas redes sociales.

El sistema límbico se conforma en función de la experiencia, junto con la propia composición genética del niño y su temperamento innato. (Como todos los padres con varios hijos saben, desde su nacimiento, los niños reaccionan con una intensidad y de una forma diferente ante acontecimiento similares). Todo lo que le sucede a un bebé forma parte del mapa emocional y perceptual del mundo que crea su cerebro en desarrollo. Como explica mi compañero Bruce Perry, el cerebro se forma «en función de su uso».[5] Es otra forma de describir la neuroplasticidad, el descubrimiento relativamente reciente de que las neuronas «se encienden juntas, se conectan juntas». Cuando un circuito se enciende repetidamente, puede tratarse de una configuración defectuosa (la respuesta más probable que se produzca). Si nos sentimos seguros y amados, nuestro cerebro se especializa en la exploración, el juego y la cooperación. Si nos sentimos atemorizados y no deseados, se especializa en el manejo de los sentimientos de miedo y de abandono.

Cuando somos bebés y niños, aprendemos sobre el mundo moviéndonos, agarrando cosas y gateando, y descubriendo qué sucede cuando gritamos, sonreímos o protestamos. Estamos experimentando constantemente con lo que nos rodea: ¿cómo cambian nuestras interacciones el modo en que se siente nuestro cuerpo? Si vamos a una fiesta de cumpleaños de una niña de dos años, veremos cómo la pequeña solicita nuestra la atención, juega con nosotros, experimenta con nosotros, sin necesitar el lenguaje para nada. Estas primeras exploraciones configuran las estructuras límbicas dedicadas a las emociones y a la memoria, pero estas estructuras también pueden ser modificadas significativamente por las experiencias posteriores, para mejor en el caso de una bella amistad o de un bonito primer amor o para peor en el caso de un ataque violento, un acoso incesante o un abandono.

Conjuntamente, el cerebro reptiliano y el sistema límbico componen lo que llamaré «cerebro emocional» a lo largo de este libro.[6] El cerebro emocional está en el centro del sistema nervioso central, y su principal tarea es buscar nuestro bienestar. Si detecta el peligro o una oportunidad especial (como una pareja prometedora) nos avisa liberando un chorro de hormonas. Las sensaciones viscerales resultantes (que pueden ir desde un leve mareo a un apretón de pánico en el pecho) interferirán con todo aquello en lo que la mente esté centrada y harán que nos movamos (física y mentalmente) en otra dirección. Aunque sean muy sutiles, estas sensaciones ejercen una gran

influencia en las pequeñas y grandes decisiones que tomamos a lo largo de nuestra vida: lo que elegimos comer, dónde nos gusta dormir y con quién, la música que preferimos, si nos gusta la jardinería o cantar en un coro, de quién nos hacemos amigos y a quién detestamos.

La organización celular y la bioquímica del cerebro emocional son más simples que las del neocórtex, nuestro cerebro racional, y evalúa la información entrante de una manera más global. Como resultado, saca conclusiones a partir de parecidos aproximados, a diferencia del cerebro racional, que está organizado para ordenar conjuntos de opciones complejas (el ejemplo más típico sería saltar de miedo al ver una serpiente, para darnos cuenta después de que es simplemente una cuerda enrollada). El cerebro emocional inicia planes de huida preprogramados, como las respuestas de lucha o huida. Estas reacciones musculares y fisiológicas son automáticas, se ponen en movimiento sin que lo pensemos o lo planifiquemos, haciendo que nuestras capacidades conscientes y racionales las alcancen después, a menudo mucho después de que la amenaza haya pasado.

Finalmente, llegamos a la capa superior del cerebro, el neocórtex. Compartimos esta capa exterior con otros mamíferos, pero en los humanos es mucho más gruesa. En el segundo año de vida, los lóbulos frontales, que componen la mayor parte del neocórtex, empiezan a desarrollarse rápidamente. Los filósofos antiguos consideraban los siete años como la «edad de la razón». Para nosotros, el primer curso escolar es el preludio de las cosas que están por venir, una vida organizada en torno a las capacidades del lóbulo frontal: sentarse y permanecer quieto, controlar los esfínteres, poder usar las palabras antes de actuar, comprender ideas abstractas y simbólicas, planificar el mañana, y estar en sintonía con los maestros y los compañeros de clase.

Los lóbulos frontales son responsables de las cualidades que nos hacen únicos en el reino animal.[7] Nos permiten usar el lenguaje y el pensamiento abstracto. Nos capacitan para absorber y asimilar grandes cantidades de información y asignarles significado. A pesar de nuestro entusiasmo con las proezas lingüísticas de los chimpancés y los monos rhesus, solo los seres humanos dominamos las palabras y los símbolos necesarios para crear los contextos comunitarios, espirituales e históricos que conforman nuestra vida.

Los lóbulos frontales nos permiten planificar y reflexionar, imaginar y representar escenarios futuros. Nos ayudan a predecir qué sucederá si realizamos una acción (como presentarnos a un nuevo empleo) o dejar de

hacer otra (como no pagar el alquiler). Hacen que las decisiones sean posibles y subyacen tras nuestra sorprendente creatividad. Generaciones de lóbulos frontales, trabajando en estrecha colaboración, han creado la cultura que nos ha permitido pasar de las canoas fabricadas a partir de troncos, de los carruajes tirados por caballos y las cartas a los reactores, los coches híbridos y el correo electrónico. También nos han dado las camas elásticas de Noam que salvan vidas.

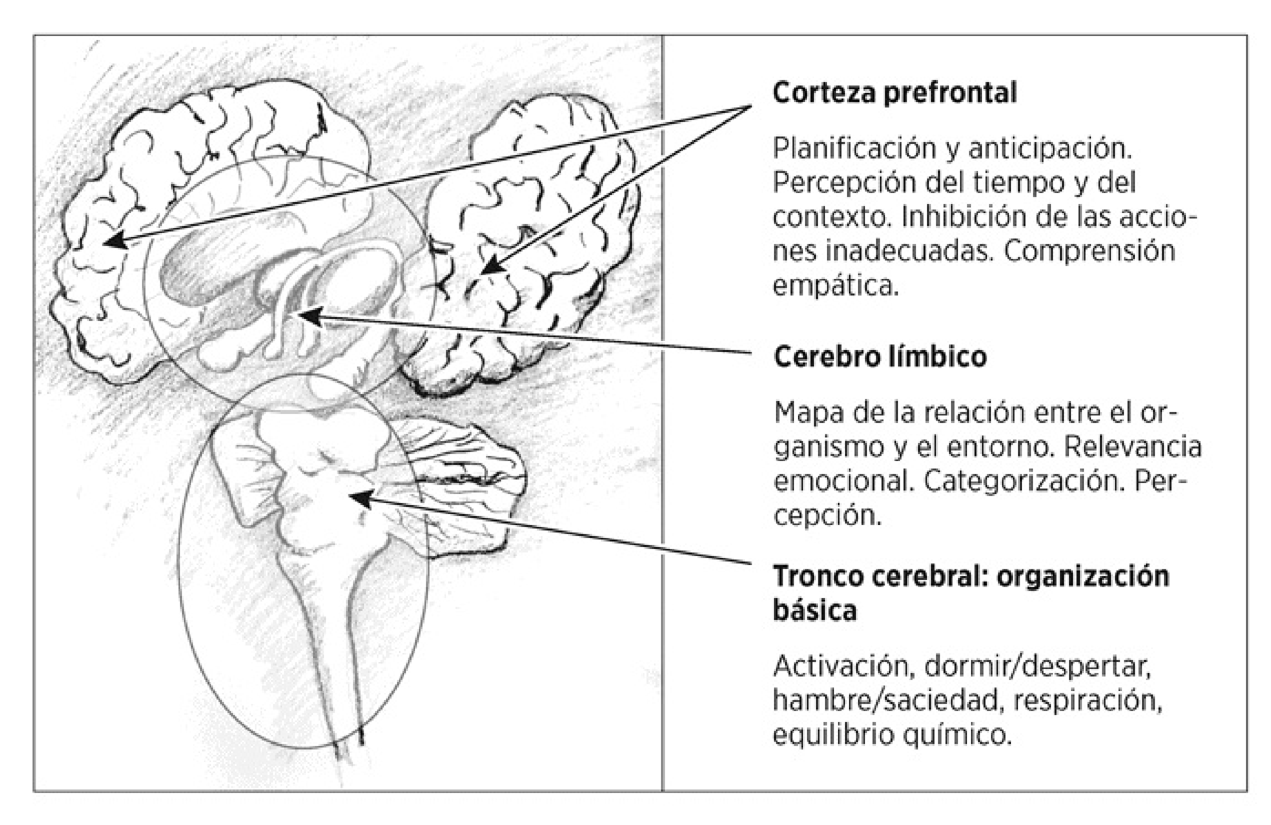
MIRARNOS EN EL ESPEJO DE LOS DEMÁS: NEUROBIOLOGÍA INTERPERSONAL

Los lóbulos frontales, cruciales para comprender el trauma, también son el centro de la empatía (nuestra capacidad de ponernos en el lugar de otra persona). Uno de los descubrimientos realmente sensacionales de la neurociencia moderna se produjo en 1994, cuando por un accidente fortuito un grupo de científicos italianos identificaron unas células especializadas en la corteza que acabaron llamando «neuronas espejo».[8] Los investigadores conectaron electrodos a neuronas individuales en el área premotor de un mono, y luego supervisaron informáticamente con precisión qué neuronas se encendían cuando el mono cogía un cacahuete o un plátano. En un momento determinado, un investigador estaba poniendo la comida en una caja cuando miró al ordenador. Las células del cerebro del mono se estaban encendiendo en el punto exacto en el que se encontraban las neuronas motrices. Pero el mono no estaba comiendo ni moviéndose. Estaba mirando al investigador, y su cerebro estaba reflejando indirectamente como en un espejo sus acciones.

Muchos otros experimentos siguieron en todo el mundo, y pronto quedó claro que las neuronas espejo explicaban muchos aspectos de la mente anteriormente inexplicables, como la empatía, la imitación, la sincronía e incluso el desarrollo del lenguaje. Un escritor comparó las neuronas espejo con el «WIFI neuronal»;[9] no solo captamos el movimiento de otra persona, sino también su estado emocional y sus intenciones. Cuando la gente está en sincronía, suele adoptar la misma postura o sentarse de la misma forma, y sus voces acaban adoptando el mismo ritmo. Pero nuestras neuronas espejo también nos hacen más vulnerables a la negatividad de los demás, de manera que respondemos a su ira con furia o su depresión nos baja el estado de ánimo. Más adelante hablaré más de las neuronas espejo, porque el trauma casi siempre implica no ser vistos, no tener ese reflejo en el espejo y no ser

tenidos en cuenta. El tratamiento debe reactivar la capacidad de reflejar de forma segura a los demás y de reflejarnos en ellos, pero también debe evitar que se intercepten las emociones negativas de los demás.

Como todo aquel que haya trabajado con personas con daños cerebrales o que haya cuidado a sus padres con demencia habrá aprendido a las duras, el buen funcionamiento de los lóbulos frontales es crucial para mantener unas relaciones armónicas con el resto de los seres humanos. Darnos cuenta de que los demás pueden pensar y sentir de un modo diferente a nosotros es un enorme paso en el desarrollo de los niños de dos y tres años. Aprenden a entender los motivos de los demás para poder adaptarse y estar seguros en grupos que tienen percepciones, expectativas y valores diferentes. Sin unos lóbulos flexibles y activos, las personas se convierten en criaturas de hábitos, y sus relaciones se vuelven superficiales y rutinarias. Les falta invención e innovación, descubrimiento y asombro.



El cerebro triúnico (de tres partes). El cerebro se desarrolla de abajo hacia arriba. El cerebro reptiliano se desarrolla en el útero y organiza las funciones básicas para garantizar la vida. Responde activamente ante las amenazas a lo largo de nuestra vida. El sistema límbico se organiza básicamente en los primeros seis años de vida, pero sigue evolucionando en función de su uso. El trauma puede tener un gran impacto en su funcionamiento a lo largo de la vida. La corteza prefrontal se desarrolla al final, y también se ve afectada por la exposición al trauma, incluyendo el hecho de no poder filtrar la información irrelevante. A lo largo de la vida, es vulnerable al bloqueo como respuesta a la amenaza.

Nuestros lóbulos frontales también pueden (en ocasiones, no siempre) evitar que hagamos cosas que nos pondrán en un compromiso o que hagamos daño a los demás. No tenemos que comer cada vez que tenemos hambre, besar a todas las personas que despierten nuestro deseo o explotar cada vez que estemos enfadados. Pero es exactamente en este límite entre el impulso y el comportamiento aceptable donde empiezan muchos de los problemas. Cuanto más intenso sea el *input* visceral y sensorial, menos capacidad tiene el cerebro racional de amortiguarlo.

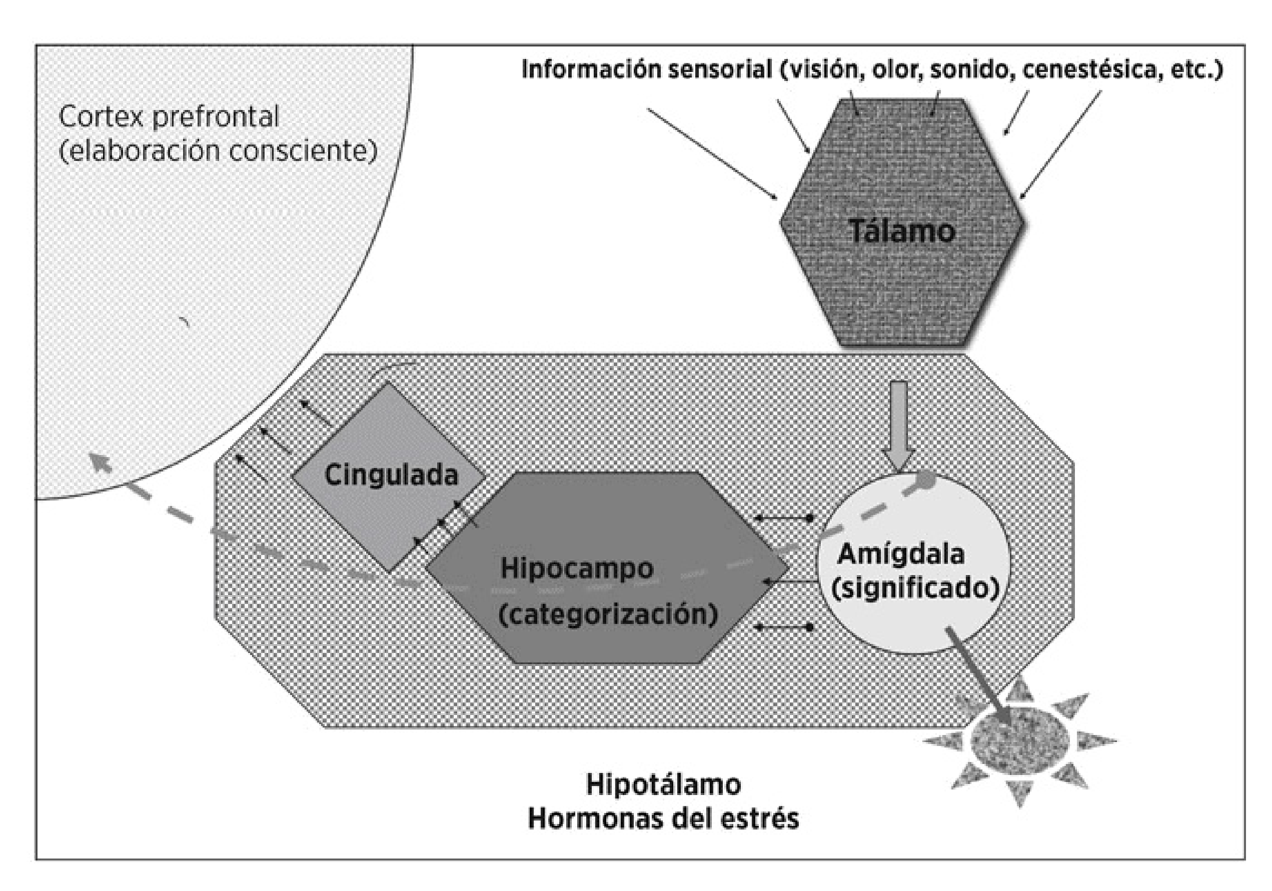
IDENTIFICAR EL PELIGRO: EL COCINERO Y EL DETECTOR DE HUMO

El peligro forma parte de la vida, y el cerebro es el encargado de detectarlo y de organizar nuestra respuesta. La información sensorial sobre el mundo exterior nos llega a través de los ojos, la nariz, los oídos y la piel. Estas sensaciones convergen en el tálamo, una zona dentro del sistema límbico que actúa como el «cocinero» del cerebro. El tálamo mezcla toda la información de nuestras percepciones para preparar una sopa autobiográfica muy homogénea, una experiencia integrada y coherente de «esto es lo que me está sucediendo».[10] Luego las sensaciones van en dos direcciones: hacia la amígdala (dos pequeñas estructuras en forma de almendra que están a un nivel más profundo en el sistema límbico, en el cerebro inconsciente) y hacia los lóbulos frontales, llegando a nuestro conocimiento consciente. El neurocientífico Joseph LeDoux llama el camino hacia la amígdala «el camino de bajada», que es muy rápido, y el camino hacia la corteza frontal «el camino de subida», que tarda varios milisegundos más en medio de una experiencia sumamente amenazante. Sin embargo, el procesamiento por parte del tálamo puede ser defectuoso. Lo que vemos, los sonidos, los olores y el tacto se codifican como fragmentos aislados y disociados, y el tratamiento de los recuerdos normales se desintegra. El tiempo se congela, y parece que el peligro actual va a durar para siempre.

La función central de la amígdala, a la que considero como el detector de humo del cerebro, es identificar si la información entrante es relevante para nuestra supervivencia.[11] Lo hace de manera rápida y automática, con la ayuda del retorno del hipocampo, una estructura cercana que relaciona la nueva información con las experiencias del pasado. Cuando la amígdala percibe una amenaza (un choque potencial con otro vehículo, una persona de la calle que

parece peligrosa) manda un mensaje instantáneo al hipotálamo y al tronco cerebral, recurriendo al sistema de hormonas del estrés y al sistema nervioso autónomo (SNA) para orquestar una respuesta a nivel de todo el cuerpo. Como la amígdala procesa la información que recibe del tálamo más rápidamente que los lóbulos frontales, decide si la información entrante es una amenaza para nuestra supervivencia antes incluso de que seamos conscientes del peligro. Para cuando nos damos cuenta de lo que está sucediendo, nuestro cuerpo puede que ya esté en movimiento.

Las señales de peligro de la amígdala desencadenan la liberación de potentes hormonas del estrés, como cortisol y adrenalina, que hacen aumentar el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y el ritmo de la respiración, preparándonos para luchar o para escapar. Una vez que el peligro ha pasado, el cuerpo vuelve a su estado normal bastante rápidamente. Pero cuando la recuperación se bloquea, el cuerpo se ve llamado a defenderse, haciendo que la gente se sienta agitada y excitada.



El cerebro emocional es el primero que interpreta la información entrante. La información sensorial sobre el entorno y el estado corporal recibida a través de los ojos, los oídos, el tacto, la percepción cenestésica, etcétera, converge en el tálamo, donde se procesa, y luego pasa a la amígdala

para interpretar su significado emocional. Esto ocurre a la velocidad del rayo. Si se detecta una amenaza, la amígdala envía mensajes al hipotálamo para secretar hormonas del estrés para defenderse contra la amenaza. El neurocientífico Joseph LeDoux lo llama «el camino de bajada». La segunda vía neuronal, el camino de subida, discurre desde el tálamo, a través del hipocampo y del cíngulo anterior, hasta la corteza prefrontal, el cerebro racional, para una interpretación consciente y mucho más depurada. Esto tarda varios microsegundos más. Si la interpretación de la amenaza por parte de la amígdala es demasiado intensa o si el sistema de filtrado de las áreas superiores del cerebro es demasiado débil, como suele pasar en el TEPT, la gente pierde el control sobre las respuestas de emergencia automáticas, como los sobresaltos prolongados o los arranques de agresividad.

Aunque el detector de humo suele ser muy bueno detectando el peligro, el trauma aumenta el riesgo de malinterpretar si una situación concreta es peligrosa o segura. Podemos llevarnos bien con los demás solo cuando podemos valorar con precisión si sus intenciones son buenas o peligrosas. El menor error de interpretación puede provocar dolorosos malentendidos en las relaciones personales y laborales. Funcionar efectivamente en un complejo entorno laboral o en un hogar repleto de niños revoltosos requiere la habilidad de evaluar rápidamente cómo se siente la gente y adaptar continuamente nuestro comportamiento en función de ello. Los sistemas de alarma defectuosos provocan arrebatos o bloqueos como respuesta a comentarios o expresiones faciales inocuos.

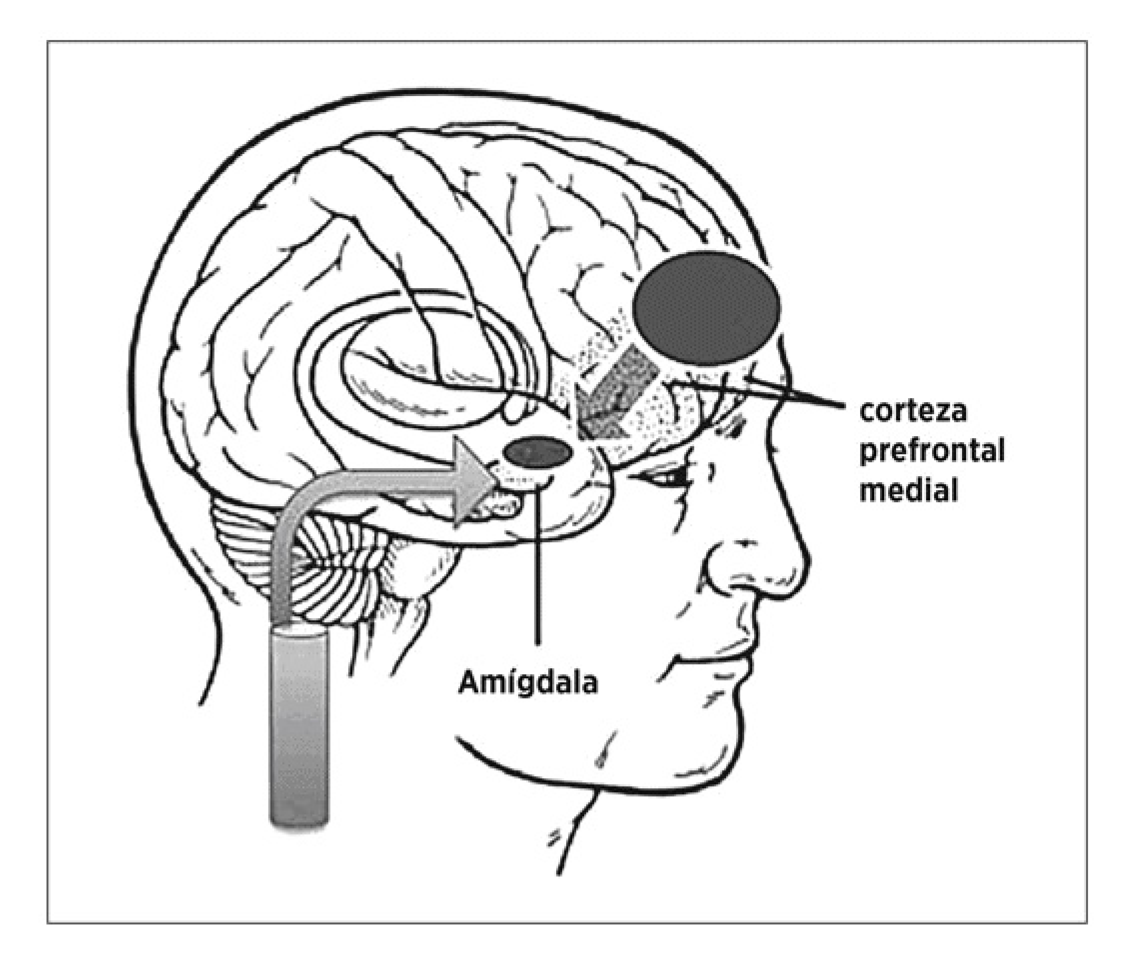
CONTROLAR LA RESPUESTA DE ESTRÉS: LA TORRE DE VIGILANCIA

Si la amígdala es el detector de humo del cerebro, los lóbulos frontales (y concretamente la corteza prefrontal medial),[12] situados directamente encima de nuestros ojos, podrían ser la torre de vigilancia, que ofrece una visión de la escena desde las alturas. El humo que estamos oliendo, ¿es la señal de que se nos está quemando la casa y tenemos que salir corriendo, o procede del bistec que pusimos sobre un fuego demasiado intenso? La amígdala no hace estas valoraciones; solo nos prepara para luchar o escapar, incuso antes de que los lóbulos frontales puedan ponderarlo con su evaluación. Siempre y cuando no estemos muy alterados, los lóbulos frontales pueden restaurar el equilibrio y ayudarnos a darnos cuenta de que estamos respondiendo a una falsa alarma y abortar la respuesta de estrés.

Generalmente, las capacidades ejecutivas de la corteza prefrontal nos permiten observar qué está sucediendo, predecir qué sucederá si realizamos una acción determinada y tomar una decisión consciente. Ser capaces de

analizar tranquila y objetivamente nuestras ideas, sentimientos y emociones (una capacidad que llamaré «concienciación» a lo largo del libro) y luego tomarnos el tiempo necesario para responder permite al cerebro ejecutivo inhibir, organizar y modular las reacciones automáticas preprogramadas en el cerebro emocional. Esta capacidad es crucial para preservar nuestras relaciones con el resto de los seres humanos. Mientras nuestros lóbulos frontales funcionen correctamente, es improbable que perdamos los nervios cada vez que el camarero nos traiga tarde nuestro pedido o que un agente de una compañía aseguradora nos deje esperando al teléfono. (La torre de vigilancia también nos dice que la ira de los demás y las amenazas dependen de *su* estado emocional). Cuando este sistema falla, nos convertimos en animales condicionados: en el momento en que detectamos peligro, automáticamente nos ponemos en modo de lucha o huida.

En el TEPT, el equilibrio crítico entre la amígdala (detector de humo) y la corteza prefrontal medial (la torre de vigilancia) cambia radicalmente, complicando mucho más el control de las emociones y los impulsos. Los estudios basados en las neuroimágenes de personas en estados muy emocionales revelan que el miedo, la tristeza y la ira intensos aumentan la activación de las regiones cerebrales subcorticales involucradas en las emociones y reducen la actividad en varias áreas del lóbulo frontal, especialmente la corteza prefrontal medial. Cuando esto ocurre, las capacidades inhibidoras del lóbulo frontal fallan, y las personas «pierden la razón». Pueden sobresaltarse como respuesta a cualquier sonido alto, enfadarse mucho por pequeñas frustraciones o quedarse paralizadas cuando alguien las toca.[13]



De arriba abajo o de abajo arriba. Las estructuras del cerebro emocional deciden qué percibimos como peligroso o seguro. Existen dos maneras de cambiar el sistema de detección de las amenazas: de arriba abajo, a través de mensajes moduladores desde la corteza prefrontal medial (no solo la corteza prefrontal); o de abajo arriba, a través del cerebro reptiliano, mediante la respiración, el movimiento y el tacto.

El manejo efectivo del estrés depende del equilibrio entre el detector de humo y la torre de vigilancia. Si queremos gestionar mejor nuestras emociones, nuestro cerebro nos da dos opciones: podemos aprender a regularlas de arriba abajo o de abajo arriba.

Conocer la diferencia entre la regulación de arriba abajo y de abajo arriba es crucial para comprender y tratar el estrés traumático. La regulación de arriba abajo implica reforzar la capacidad de la torre de vigilancia para supervisar nuestras sensaciones corporales. La meditación consciente y el yoga nos pueden ayudar a hacerlo. La regulación de abajo arriba significa recalibrar el sistema nervioso autónomo (que, como hemos visto, se origina en el tronco cerebral). Podemos acceder al SNA a través de la respiración, del movimiento o del tacto. La respiración es una de las pocas funciones

corporales que está bajo un control consciente y autónomo. En la parte 5 de este libro exploraremos técnicas concretas para aumentar la regulación de arriba abajo y de abajo arriba.

EL JINETE Y EL CABALLO

Por ahora, me gustaría subrayar que la emoción no se opone a la razón; nuestras emociones asignan valor a las experiencias y, por lo tanto, son la base de la razón. Nuestra experiencia propia es producto del equilibrio entre nuestros cerebros racional y emocional. Cuando estos dos sistemas están en equilibrio, nos sentimos «como nosotros mismos». Sin embargo, cuando nuestra supervivencia está en juego, estos sistemas pueden funcionar de un modo relativamente independiente.

Si, por ejemplo, estamos conduciendo, hablando con un amigo, y de repente vemos por el rabillo del ojo que se asoma un camión, instantáneamente dejaremos de hablar, apretaremos el freno y giraremos el volante para evitar el peligro. Si nuestras acciones instintivas nos han salvado de la colisión, podemos retomar la conversación allí donde la dejamos. Ser capaces de hacerlo o no depende en gran medida de lo rápido que nuestras reacciones viscerales se alejen de la amenaza.

El neurocientífico Paul MacLean, autor la descripción de las tres partes del cerebro que he utilizado aquí, comparó la relación entre el cerebro racional y el cerebro emocional con la que existe entre un jinete más o menos competente y su caballo rebelde.[14] Mientras que el tiempo esté calmado y el camino no tenga obstáculos, el jinete puede notar un excelente control. Pero los sonidos inesperados o las amenazas de otros animales pueden hacer que el caballo salga corriendo, obligando al jinete a agarrarse bien para salvar su vida. Del mismo modo, cuando la gente siente que su supervivencia está en juego o cuando sufre rabia, nostalgia, miedo o deseo sexual, deja de escuchar a la voz de la razón y no tiene mucho sentido razonar con ella. Cuando el sistema límbico decide que algo es cuestión de vida o muerte, las sendas entre los lóbulos frontales y el sistema límbico se vuelven confusas.

Los psicólogos suelen intentar ayudar a la gente a utilizar la percepción y la comprensión para gestionar su comportamiento. Sin embargo, la investigación neurocientífica muestra que muy pocos problemas psicológicos son resultado de problemas de comprensión: la mayoría se originan en las presiones de las regiones cerebrales más profundas en las que se basan

nuestra percepción y nuestra atención. Cuando la alarma del cerebro emocional sigue señalando que estamos en peligro, no hay comprensión posible que pueda silenciarla. Esto me recuerda la comedia en que un paciente que ha reincidido siete veces en un programa de manejo de la ira elogia la virtud de las técnicas que ha aprendido: «Son fantásticas y funcionan muy bien, siempre y cuando no estés realmente furioso».

Cuando nuestros cerebros emocional y racional están en conflicto (como cuando estamos enfadados con alguien a quien amamos, atemorizados por alguien de quien dependemos o deseamos a una persona que ha sobrepasado los límites) se produce una lucha. Esta batalla se representa sobre todo en el teatro de la experiencia visceral (las tripas, el corazón, los pulmones) y provocará una incomodidad física y un malestar psicológico. En el capítulo 6 veremos cómo el cerebro y las vísceras interactúan en la seguridad y en el peligro, algo clave para comprender las diferentes manifestaciones físicas del trauma.

Me gustaría terminar este capítulo examinando dos escáneres cerebrales más que ilustran algunas de las principales características del estrés traumático: revivir el trauma de manera atemporal; volver a experimentar las imágenes, los sonidos y las emociones; y la disociación.

LOS CEREBROS DE STAN Y UTE BAJO EL TRAUMA

En una bonita mañana de septiembre de 1999, Stan y Ute Lawrence, una pareja profesional de unos cuarenta años, salía de su casa de London (Ontario, Canadá) para asistir a una reunión de negocios en Detroit. A mitad del camino, encontraron una niebla intensa que redujo la visibilidad a cero en una milésima de segundo. Stan inmediatamente pisó los frenos y pudo parar en la cuneta de la autopista, esquivando por poco un camión enorme. Otro camión de dieciocho ruedas salió despedido por encima de su coche, furgonetas y coches empezaron a chocar. La gente que había salido de los vehículos fue atropellada mientras corrían para salvar su vida. Seguían produciéndose choques ensordecedores, y con cada sacudida sentían que aquella sería la que les mataría. Stan y Ute quedaron atrapados en el decimotercer coche de los ochenta y siete vehículos que chocaron en cadena, el peor accidente de tráfico de la historia de Canadá.[15]

Luego se produjo un silencio espeluznante. Stan intentó abrir las puertas

y las ventanas, pero el camión que salió volando y cayó sobre el maletero de su coche le impedía salir. De repente, alguien empezó a golpear el techo de su coche. Una chica estaba gritando. «Sacadme de aquí, ¡estoy ardiendo!». Impotentes, vieron cómo moría mientras su coche se consumía entre llamas. Lo siguiente que supieron fue que un conductor de camión estaba en el techo de su coche con un extintor. Rompió el parabrisas para sacarlos y Stan salió por la abertura. Al girarse para ayudar a su esposa, vio a Ute paralizada en el asiento. Stan y el conductor la sacaron y una ambulancia los llevó a urgencias. Aparte de algunos cortes, salieron físicamente ilesos.

En casa, esa noche, ni Stan ni Ute querían dormir. Les parecía que si se relajaban se morirían. Estaban irritables, nerviosos y al límite. Esa noche, y muchas más después, bebieron grandes cantidades de vino para bloquear el miedo. No podían detener las imágenes que los estaban torturando o las preguntas incesantes: ¿Y si hubieran salido antes? ¿Y si no hubieran parado a poner gasolina? Al cabo de tres meses, pidieron ayuda a la doctora Ruth Lanius, psiquiatra de la Universidad de Ontario Occidental.

La doctora Lanius, que había sido estudiante mía en el Trauma Center unos años antes, nos dijo que Stan y Ute querían visualizar sus cerebros con una RMf antes de empezar el tratamiento. La RMf mide la actividad neuronal analizando los cambios en el flujo sanguíneo del cerebro y, a diferencia de la tomografía por emisión de positrones, no requiere exposición a radiación. La doctora Lanius usaba el mismo tipo de imágenes basadas en un guion que habíamos usado en Harvard, capturando las imágenes, los sonidos, los olores y otras sensaciones que Stan y Ute experimentaron mientras estaban atrapados en el coche.

Stan fue el primero, e inmediatamente tuvo un *flashback*, igual que Marsha en nuestro estudio de Harvard. Salió del escáner sudando, con el corazón acelerado y la presión arterial disparada. «Así es como me sentí durante el accidente –dijo–. Estaba seguro de que iba a morir, y no podía hacer nada para salvarme». En lugar de recordar el accidente como algo que había sucedido tres meses antes, Stan lo estaba reviviendo.

DISOCIACIÓN Y REMEMORACIÓN

La disociación es la esencia del trauma. La experiencia abrumadora se divide y se fragmenta, de modo que las emociones, los sonidos, las imágenes, los pensamientos y las sensaciones físicas relacionadas con el trauma toman vida

propia. Los fragmentos sensoriales de recuerdos se cuelan en el presente, donde se vuelven a experimentar literalmente. Mientras el trauma no se resuelva, las hormonas del estrés que el cuerpo secreta para protegerse siguen circulando y los movimientos defensivos y las respuestas emocionales se siguen reproduciendo. A diferencia de Stan, sin embargo, muchas personas puede que no se den cuenta de la relación entre sus sensaciones y reacciones «de locos» y los acontecimientos traumáticos que se están reproduciendo. No tienen ni idea de por qué responden a una irritación menor como si estuvieran a punto de ser aniquilados.

Los *flashbacks* y las rememoraciones, en cierto modo, son peores que el propio trauma. Un evento traumático tiene un principio y un final; en algún momento termina. Pero para las personas con TEPT, los *flashbacks* pueden producirse en cualquier momento, tanto si están despiertos como si están durmiendo. No hay forma de saber cuándo va a volver ocurrir o cuánto va a durar. La gente que sufre *flashbacks* suele organizar su vida intentando protegerse de ellos. Puede ir compulsivamente al gimnasio o hacer pesas (sin llegar nunca a estar suficientemente fuertes), drogarse para desconectar o cultivar una falsa sensación de control en situaciones sumamente peligrosas (como participando en carreras de motos, haciendo puenting o trabajando como conductor de ambulancias). Luchar permanentemente contra peligros invisibles es agotador, y les deja cansados, deprimidos y desgastados.

Si los elementos del trauma se reproducen una y otra vez, las hormonas del estrés que los acompañan graban esos recuerdos aún más profundamente en la mente. Los acontecimientos ordinarios y diarios se vuelven cada vez menos emocionantes. No ser capaz de asimilar profundamente lo que sucede a su alrededor les impide sentirse totalmente vivos. Se hace más difícil sentir las alegrías y las molestias de la vida normal, cuesta más concentrarse en las tareas que se tienen entre manos. No estar completamente vivo en el presente los mantiene más aprisionados en el pasado.

Las respuestas desencadenadas se manifiestan de varias maneras. Los veteranos pueden reaccionar ante la menor señal (como encontrar un bulto en la carretera o ver a un niño jugando en la calle) como si estuvieran en una zona de guerra. Se sobresaltan fácilmente y se enfurecen o se quedan bloqueados. Las víctimas de abusos sexuales en la infancia pueden anestesiar su sexualidad y luego sentirse profundamente culpables al excitarse con sensaciones o imágenes que les recuerdan los abusos, incluso cuando esas sensaciones son placeres naturales asociados con partes concretas de su

cuerpo. Si se obliga a las personas que han vivido un trauma a contar su experiencia, en algunos casos puede que les suba la presión arterial mientras que en otros pueden producirse migrañas. Otras personas pueden quedar emocionalmente bloqueadas y no notar ningún cambio evidente. Sin embargo, en el laboratorio, no nos cuesta nada detectar cómo se les acelera el corazón y cómo las hormonas del estrés invaden todo su cuerpo.

Estas reacciones son irracionales y están totalmente fuera del control de la gente. Las necesidades y las emociones intensas y prácticamente incontrolables hacen que las personas sientan que se están volviendo locas y que no pertenecen a la raza humana. Sentirnos paralizados durante la fiesta de cumpleaños de nuestros hijos o como respuesta a la muerte de una persona querida hace que nos sintamos como monstruos. Como resultado de ello, el remordimiento se convierte en la emoción dominante y esconder la verdad en la principal preocupación.

Las personas traumatizadas raramente son conscientes del origen de su aislamiento. Aquí es donde entra en juego la terapia, que consiste en empezar a sacar las emociones generadas por el trauma siendo capaces de sentir, tener la capacidad de observarnos a nosotros mismos conectados. Sin embargo, la conclusión es que el sistema de percepción de las amenazas del cerebro ha cambiado, y la huella del pasado dicta las reacciones físicas.

El trauma que empezó «allí» ahora se representa en el campo de batalla de nuestro propio cuerpo, generalmente sin una conexión consciente entre lo que sucedió entonces y lo que está pasando ahora en nuestro interior. El reto no es tanto aprender a aceptar las cosas terribles que han sucedido, sino aprender a dominar las sensaciones y las emociones internas. Sentir, nombrar e identificar lo que pasa por dentro es el primer paso hacia la recuperación.

EL DETECTOR DE HUMO FUNCIONANDO A TODA MARCHA

El escáner cerebral de Stan muestra un *flashback* en acción. Así es como ve se en el cerebro la rememoración de un trauma: el área muy brillante de la esquina derecha inferior, la zona inferior izquierda que sale blanca, y los cuatro huecos blancos simétricos alrededor del centro (quizás reconozca la amígdala encendida y el cerebro izquierdo apagado del estudio de Harvard descrito en el capítulo 3). La amígdala de Stan no distinguía entre el pasado y el presente. Se activaba como si el accidente de tráfico estuviera sucediendo

en el escáner, desencadenando las potentes hormonas del estrés y las respuestas del sistema nervioso. Eran las responsables de sus sudores y sus temblores, su ritmo cardiaco acelerado y la alta presión arterial: unas respuestas totalmente normales y potencialmente salvadoras si un camión acaba de chocar contra tu coche.

Es importante tener un detector de fuego eficiente, porque no queremos que un fuego embravecido nos pille desprevenidos. Pero si nos ponemos histéricos cada vez que olemos humo, se convierte en algo intensamente perturbador. Sí, tenemos que detectar cuándo alguien se está enfadando con nosotros, pero si nuestra amígdala se dispara, podemos tener miedo crónico a que la gente nos odie o podemos sentir como si la gente nos persiguiera.

EL CRONOMETRADOR SE SATURA

Stan y Ute se habían vuelto hipersensibles e irritables después del accidente, lo cual sugería que su corteza prefrontal estaba luchando para mantener el control en las situaciones de estrés. El *flashback* de Stan precipitó una reacción más extrema.

Las dos áreas en blanco de la parte frontal del cerebro (en la parte superior de la imagen) son la corteza prefrontal dorsolateral derecha e izquierda. Cuando estas áreas se desactivan, la gente pierde la percepción del tiempo y permanece atrapada en el momento, sin una percepción del pasado, del presente o del futuro.[16]

Dos sistemas cerebrales son importantes para el procesamiento mental del trauma: los relacionados con la intensidad emocional y con el contexto. La intensidad emocional se define por la alarma de incendios, la amígdala, y su contrapeso, la torre de vigilancia, la corteza prefrontal medial. El contexto y el significado de una experiencia se determinan por el sistema que incluye la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) y el hipocampo. La CPFDL está situada en el lateral del cerebro frontal, mientras que la CPFM se encuentra en el centro. Las estructuras que se encuentran en la línea central del cerebro se dedican a nuestra experiencia interior relativa a nosotros mismos, y las laterales tienen que ver con nuestra relación con lo que nos rodea.

La CPFDL nos indica cuánta de nuestra experiencia actual está relacionada con el pasado y cómo puede afectar al futuro (es como si fuera el cronometrador del cerebro). Saber que sea lo que sea lo que esté sucediendo tiene un final y que tarde o temprano llegará a su fin hace que la mayoría de

las experiencias sean tolerables. Lo contrario también es cierto: las situaciones se vuelven intolerables cuando parecen interminables. La mayoría sabemos a partir de experiencias personales tristes que una pena terrible suele ir acompañada de la sensación de que ese estado de desdicha durará para siempre, y que nunca superaremos nuestra pérdida. El trauma es la experiencia máxima de esa sensación de que «esto durará para siempre».

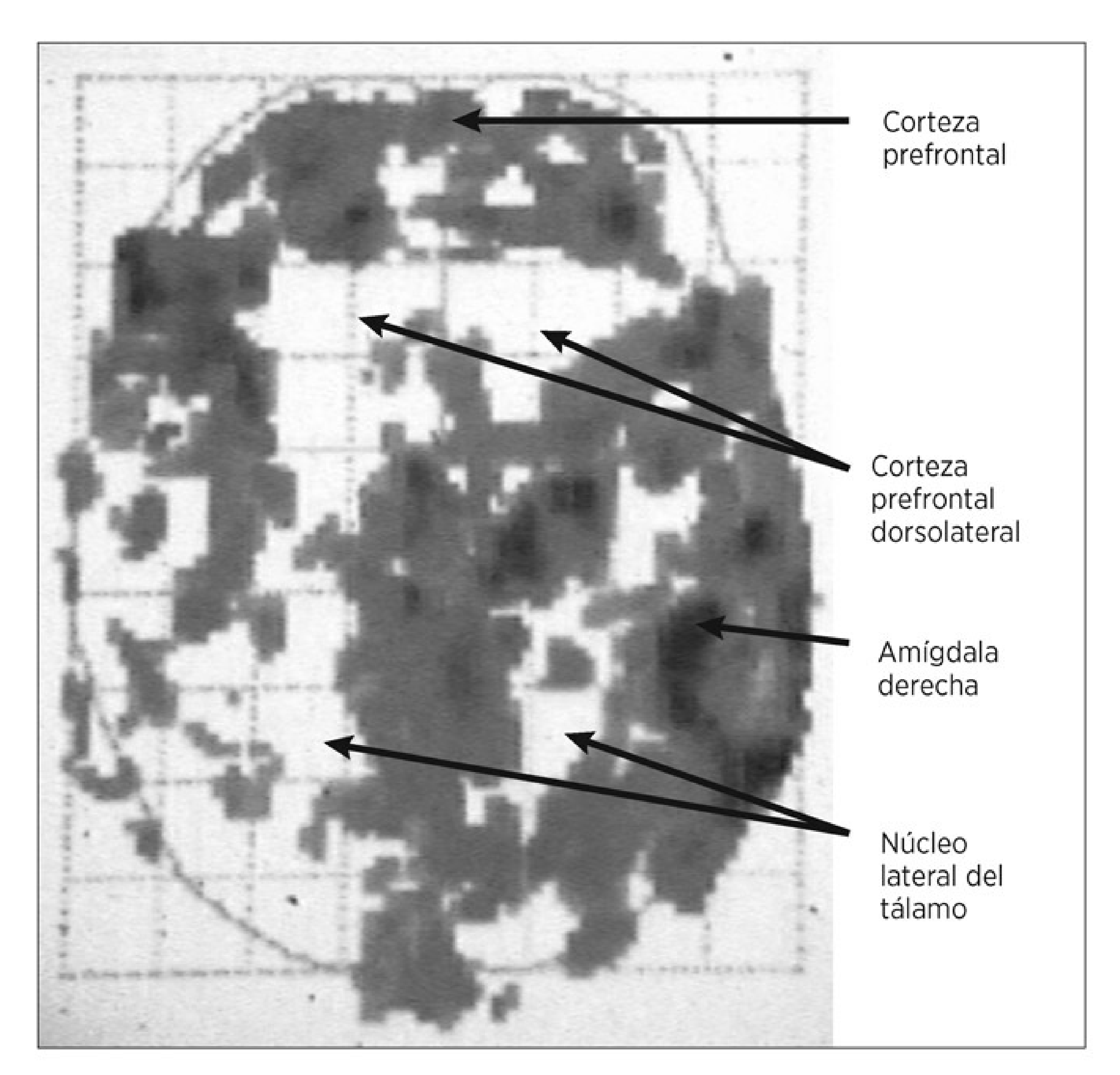


Imagen de un flashback con RMf. Observe cómo aparece mucha más actividad en el lado derecho que en el lado izquierdo.

El escáner de Stan revela por qué la gente solo puede superar un trauma cuando las estructuras cerebrales que quedaron fuera de combate durante la

experiencia original (esa es la razón por la que el acontecimiento se registró en el cerebro como trauma en primer lugar) están de nuevo conectadas. En la terapia, el pasado debe revisarse cuando las personas están, biológicamente hablando, firmemente arraigadas en el presente y sintiéndose plenamente tranquilas, seguras y con los pies en el suelo («con los pies en el suelo» significa que notamos el trasero cuando nos sentamos, vemos la luz que entra por la ventana, sentimos la tensión en las pantorrillas y escuchamos el viento moviendo las hojas de los árboles). Estar anclado en el presente mientras se revisita el trauma abre la posibilidad de saber profundamente que esos acontecimientos terribles pertenecen al pasado. Para que eso suceda, la torre de vigilancia, el cocinero y el cronometrador del cerebro deben estar conectados. La terapia no funcionará mientras las personas sigan viéndose arrastradas hacia el pasado.

EL TÁLAMO DEJA DE FUNCIONAR

Si nos fijamos de nuevo en el escáner del *flashback* de Stan, veremos dos huecos blancos más en la parte inferior del cerebro. Son su tálamo derecho e izquierdo, en blanco durante el *flashback* igual que durante el trauma original. Como he comentado, el tálamo funciona como un «cocinero», una antena que capta las sensaciones de los oídos, los ojos y la piel y las integra en la sopa que es nuestra memoria autobiográfica. La avería del tálamo explica por qué el trauma se recuerda básicamente no como una historia, un relato con un inicio, un desarrollo y un final, sino como huellas sensoriales aisladas: imágenes, sonidos y sensaciones físicas que van acompañadas de emociones intensas, generalmente de terror e impotencia.[17]

En circunstancias normales, el tálamo también actúa como filtro o guarda. Esto lo convierte en un componente central de la atención, la concentración y los nuevos aprendizajes, todo lo cual se ve afectado por el trauma. Mientras lee estas líneas, puede que esté escuchando música de fondo, o el tráfico retumbando, o que sienta un leve mordisqueo en el estómago indicándole que es hora de tomar un tentempié. Si es capaz de permanecer concentrado en esta página, el tálamo le está ayudando a distinguir entre la información sensorial que es relevante y la información que puede ignorar tranquilamente.

En el capítulo 19 sobre el neurofeedback, describiré algunas de las pruebas que usamos para medir el funcionamiento de este sistema de entrada, así como formas para reforzarlo.

Las personas con TEPT tienen las compuertas completamente abiertas. Al carecer de filtros, sufren una sobrecarga emocional constante. Para poder hacerle frente, intentan desconectarse y desarrollan una visión en forma de túnel y un hiperfoco. Si no logran desconectarse naturalmente, puede que recurran a las drogas o al alcohol para aislarse del mundo. La tragedia es que el precio que pagan por cerrarse incluye también cerrarse a fuentes de placer y de alegría.

DESPERSONALIZACIÓN: LA SEPARACIÓN DEL YO

Veamos la experiencia de Ute en el escáner. No todas las personas reaccionan ante el trauma exactamente del mismo modo, pero en este caso la diferencia es especialmente dramática, porque Ute estaba sentada junto a Stan en el coche siniestrado. Respondió al guion de su trauma mediante el bloqueo: su mente se quedó en blanco, y casi cada área de su cerebro mostró una actividad marcadamente reducida. Su ritmo cardiaco y la presión arterial no crecieron. Cuando le preguntamos cómo se sintió durante el escáner, dijo: «Me sentí igual que me sentí en el momento del accidente: no sentí nada».

El término médico para la respuesta de Ute se llama *despersonalización*.[18] Todo aquel que trabaje con hombres, mujeres o niños traumatizados, tarde o temprano se verá enfrentado a miradas vacías y mentes ausentes, la manifestación exterior de la reacción biológica de bloqueo. La despersonalización es un síntoma de la enorme disociación creada por el trauma. Los *flashbacks* de Stan procedían de sus esfuerzos frustrados de escapar del accidente (inducidas por el guion, todas esas sensaciones y emociones disociadas y fragmentadas volvieron drásticamente al presente). Pero en lugar de luchar por escapar, Ute había disociado su miedo y no sentía nada.

Veo con frecuencia la despersonalización en mi consulta cuando los pacientes me cuentan historias horribles sin ningún sentimiento. La consulta se queda sin energía, y debo hacer ingentes esfuerzos para seguir prestando atención. Un paciente sin vida te obliga a trabajar mucho más para mantener viva la terapia, y suelo rezar para que la hora pase deprisa.

Después de ver el escáner de Ute, empecé a tener un enfoque muy distinto sobre los pacientes que se quedan en blanco. Con casi todas las áreas del cerebro desconectadas, obviamente no pueden pensar, sentir

profundamente, recordar o comprender qué está sucediendo. La terapia conversacional convencional, en estas circunstancias, es prácticamente inútil.

En el caso de Ute, era imposible adivinar por qué respondía de un modo tan distinto a Stan. Estaba usando una estrategia de supervivencia que su cerebro aprendió en la infancia para hacer frente al duro trato de su madre. El padre de Ute murió cuando ella tenía nueve años, y su madre solía maltratarla y humillarla. En algún momento, Ute descubrió que podía poner la mente en blanco cuando su madre le gritaba. Treinta y cinco años después, estando atrapada en su coche siniestrado, el cerebro de Ute se puso automáticamente en el mismo modo de supervivencia: se hizo desaparecer.

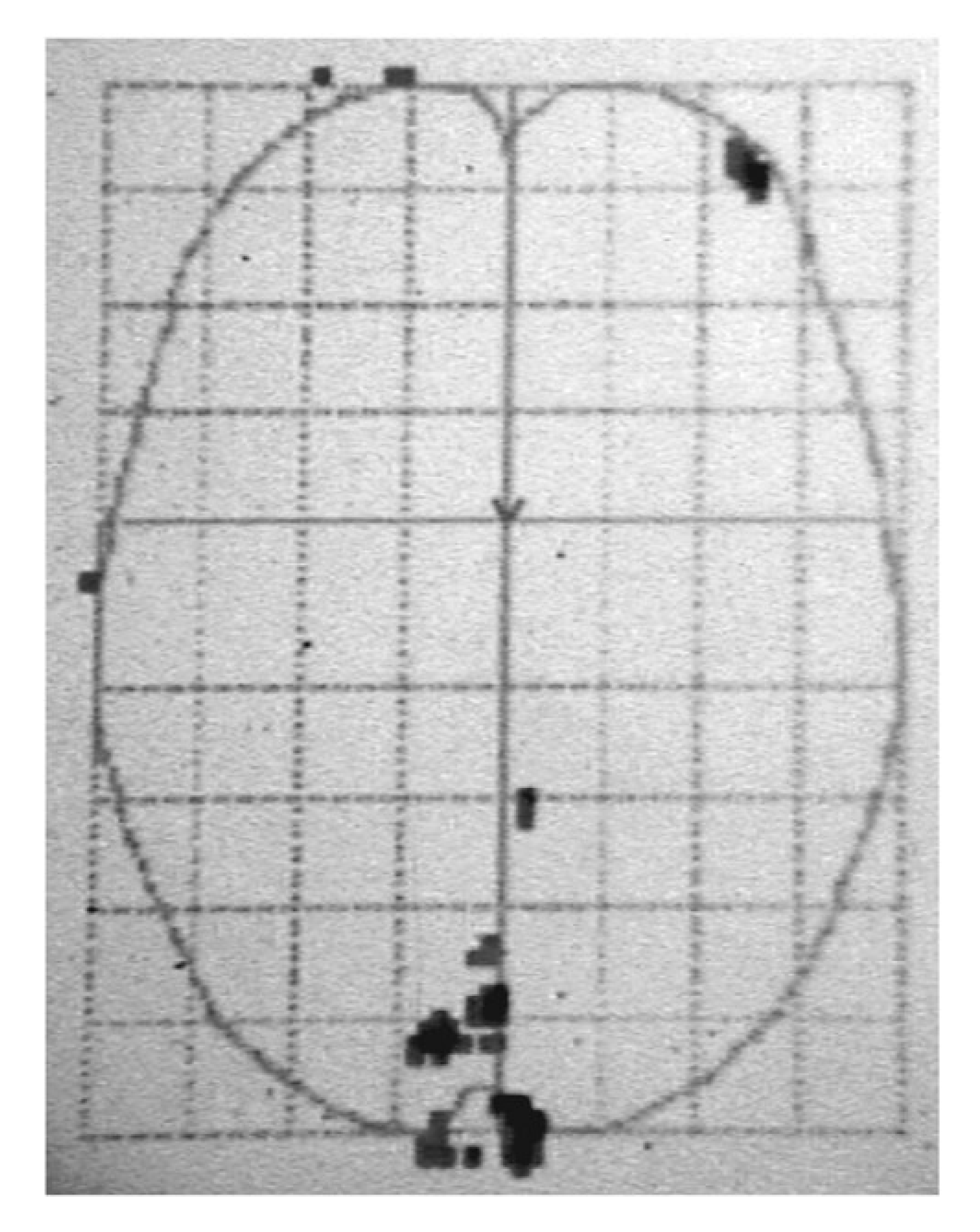
El reto para las personas como Ute es volver a estar alerta e implicadas, una tarea difícil pero inevitable si quieren recuperar su vida (Ute se recuperó, escribió un libro sobre su experiencia y creó un exitoso diario llamado *Mental Fitness*). Aquí es donde un enfoque de abajo hacia arriba sobre la terapia es fundamental. En realidad, el objetivo es cambiar la fisiología del paciente, su relación con sus sensaciones corporales. En el Trauma Center, trabajamos con datos tan básicos como el ritmo cardiaco y los patrones de respiración. Ayudamos a los pacientes a evocar y a percibir sus sensaciones corporales presionando en los puntos de acupresión.[19] Las interacciones rítmicas con otras personas también son efectivas (lanzar una pelota de vóley-playa, botar sobre una pelota de Pilates, tocar la batería o bailar al son de la música).

Insensibilizarse es la otra cara de la moneda en el TEPT. Muchos supervivientes empiezan como Stan, con *flashbacks* explosivos, y luego se van insensibilizando en su día a día. Aunque revivir el trauma es dramático, aterrador y potencialmente autodestructivo, con el tiempo una falta de presencia puede ser aún peor. Es un problema particular con los niños traumatizados. Los niños que se comportan mal reciben atención; los que están en blanco no molestan a nadie y se deja que su futuro se vaya perdiendo poco a poco.

APRENDER A VIVIR EN EL PRESENTE

El reto en el tratamiento de los traumas no es solo manejar el pasado, sino, incluso más aún, mejorar la calidad de la experiencia diaria. Una razón por la que los recuerdos traumáticos se vuelven dominantes en el TEPT es que resulta muy difícil sentirse realmente vivo en el presente. Cuando no

podemos estar completamente aquí, vamos a lugares en los que nos sentíamos vivos, aunque esos lugares estén repletos de horror y de pena.



Cerebro en blanco (disociación) como respuesta al recuerdo de una trauma del pasado. En este caso, casi todas las áreas del cerebro tienen una activación reducida, interfiriendo con el pensamiento, el enfoque y la orientación.

Muchos enfoques de tratamiento del estrés traumático se centran en desensibilizar a los pacientes con respecto a su pasado, con la esperanza de que la nueva exposición a sus traumas reduzca los arranques emocionales y

los flashbacks. Creo que esto se basa en una mala interpretación de lo que sucede en el estrés traumático. La mayoría de nosotros debemos ayudar a nuestros pacientes a vivir de forma completa y segura en el presente. Para ello, debemos ayudarles a recuperar las estructuras cerebrales que les dejaron abandonados cuando el trauma los abrumó. La desensibilización puede hacernos reaccionar menos, pero si no podemos sentir la satisfacción de hacer cosas normales como dar un paseo, cocinar o jugar con nuestros hijos, la vida pasa de largo.

CAPÍTULO 5

CONEXIONES ENTRE EL CUERPO Y EL CEREBRO

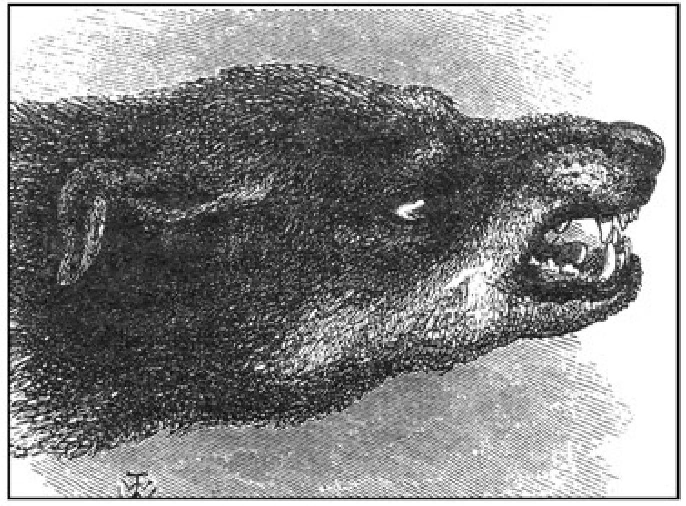
> La vida se basa en el ritmo. Vibramos, nuestro corazón bombea sangre. Somos una máquina con ritmo, eso es lo que somos.
>
> –Mickey Hart

Hacia finales de su carrera, en 1872, Charles Darwin publicó *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*.[1] Hasta hacía poco, la mayoría del debate científico sobre las teorías de Darwin se había centrado en *El origen de las especies* (1859) y *El origen del hombre* (1871). Pero *La expresión de las emociones* es una exploración extraordinaria de los cimientos de la vida emocional, repleta de observaciones y anécdotas resultado de décadas de investigación, así como de historias cercanas de los hijos de Darwin y de las mascotas de su hogar. También es un libro emblemático por sus ilustraciones –fue uno de los primeros en incluir fotografías (la fotografía todavía era una tecnología relativamente nueva y, como la mayoría de los científicos, Darwin quería usar las técnicas más novedosas para ilustrar sus ideas). Todavía existe impreso, disponible en una edición reciente con una introducción y unos comentarios fantásticos de Paul

Eckman, un moderno pionero en el estudio de las emociones.

Darwin empieza su exposición describiendo la organización común de todos los mamíferos, incluyendo a los seres humanos (los pulmones, los riñones, el cerebro, los órganos digestivos y los órganos sexuales que sostienen y permiten que la vida continúe). Aunque muchos científicos actuales le acusarían de antropomorfismo, Darwin respalda a los amantes de los animales cuando proclama: «El hombre y los animales superiores… [también] tienen instintos en común. Todos tienen los mismos sentidos, intuición, sensaciones, pasiones, afectos y emociones, incluso las más complejas como los celos, la sospecha, la emulación, la gratitud y la magnanimidad».[2] Observa que los humanos compartimos algunos de los signos físicos de la emoción animal. Que sintamos cómo se nos eriza el vello de la nuca cuando tenemos miedo o que apretemos los dientes cuando estamos enfadados solo se puede entender como los vestigios de un largo proceso evolutivo.





«Cuando un hombre mira con desprecio **–Charles Darwin, 1872**

Para Darwin, las emociones de los mamíferos están fundamentalmente arraigadas en la biología: son la fuente indispensable de motivación para iniciar la acción. Las emociones (del latín *emovere*, moverse) dan forma y orientación a todo lo que hacemos, y su expresión primaria se realiza a través de los músculos faciales y corporales. Estos movimientos faciales y físicos comunican a los demás nuestro estado mental y nuestra intención: las expresiones de ira y las posturas amenazantes los avisan para que dejen de molestar. La tristeza atrae el afecto y la atención. El miedo indica impotencia

o nos avisa del peligro.

Leemos instintivamente la dinámica entre dos personas simplemente a partir de su tensión o su relajación, sus posturas y su tono de voz, el cambio en sus expresiones faciales. Si miramos una película en un idioma que no entendemos, aun así podremos suponer la calidad de la relación entre los personajes. A menudo podemos interpretar del mismo modo a los otros mamíferos (monos, perros, caballos).

Darwin va más allá y observa que el propósito fundamental de las emociones es iniciar un movimiento que permita al organismo recuperar la seguridad y el equilibrio físico. He aquí lo que comenta sobre el origen de lo que actualmente llamaríamos TEPT:

> Los comportamientos para evitar o escapar del peligro han evolucionado claramente para hacer que cada organismo sea competitivo en términos de supervivencia. Pero un comportamiento de huida o evitación inadecuadamente prolongado dejaría al animal en desventaja en el sentido de que la preservación de la especie requiere la reproducción que, a su vez, depende de la alimentación, el cobijo y las actividades de apareamiento, todas las cuales son recíprocas de la evitación y de la huida.[3]

En otras palabras, si un organismo se queda bloqueado en el modo de supervivencia, sus energías se centran en luchar contra enemigos invisibles, lo cual no deja espacio para la crianza, los cuidados y el amor. Para los seres humanos, significa que mientras la mente se está defendiendo contra unos ataques invisibles, nuestros vínculos más íntimos se ven amenazados, junto con nuestra capacidad de imaginar, planear, jugar, aprender y prestar atención a las necesidades de otras personas.

Darwin también escribió sobre las conexiones entre el cuerpo y la mente que seguimos explorando en la actualidad. Las emociones intensas implican no solo la mente, sino también las tripas y el corazón: «El corazón, las tripas y el cerebro se comunican íntimamente a través del nervio "neumogástrico", el nervio crítico implicado en la expresión y la gestión de las emociones tanto en los seres humanos como en los animales. Cuando la mente está muy excitada, ello afecta inmediatamente al estado de las vísceras, de manera que bajo la activación habrá mucha más acción y reacción mutuas entre ambos, los dos órganos más importantes del cuerpo».[4] La primera vez que vi este

fragmento lo leí con gran entusiasmo. Obviamente, experimentamos nuestras emociones más devastadoras como sentimientos y penas angustiantes. Mientras registremos las emociones básicamente en nuestra cabeza, podemos más o menos controlar, pero sensaciones como que se nos hunde el pecho o que nos golpean en la barriga son insoportables. Haremos lo posible para que estas sensaciones viscerales terribles desaparezcan, ya sea aferrándonos desesperadamente a otro ser humano, volviéndonos insensibles con drogas o alcohol o llevándonos un cuchillo a la piel para sustituir unas emociones abrumadoras por unas sensaciones definibles. ¿Cuántos problemas de salud mental, desde la adicción a las drogas al comportamiento autolesivo, empiezan como un intento de sobrellevar el dolor físico insoportable de nuestras emociones? Si Darwin tenía razón, la solución requiere encontrar maneras de ayudar a la gente a modificar el paisaje sensorial interior de su cuerpo.

Hasta hace poco tiempo, gran parte de la ciencia occidental ignoraba esta comunicación bidireccional entre el cuerpo y la mente, aunque ha sido fundamental en prácticas de sanación tradicionales en muchos otros lugares del mundo, en particular en la India y en China. Actualmente, está transformando nuestra forma de comprender el trauma y la recuperación.

UNA VENTANA HACIA EL SISTEMA NERVIOSO

Todos los pequeños signos que registramos instintivamente durante una conversación (los cambios musculares y las tensiones en el rostro de la otra persona, sus movimientos oculares y la dilatación de las pupilas, así como el tono y la velocidad de la voz), además de las fluctuaciones en nuestro propio paisaje interior (salivación, deglución, respiración y ritmo cardiaco) están unidos mediante un único sistema regulatorio.[5] Todos son producto de la sincronía entre las dos ramas del sistema nervioso autónomo (SNA): el simpático, que actúa como el acelerador del cuerpo, y el parasimpático, que actúa como los frenos.[6] Estos son los sistemas «recíprocos» de los que hablaba Darwin, y juntos desempeñan un papel importante en el manejo del flujo energético del cuerpo: uno se prepara para gastarlo y el otro para conservarlo.

El sistema nervioso simpático (SNS) es el responsable de la activación, incluida la respuesta de lucha o huida (el «comportamiento de escape o evitación» de Darwin). Hace casi dos mil años, el médico romano Galeno le

llamo «simpático» porque observó que funcionaba con las emociones *(sym pathos)*. El SNS desplaza la sangre a los músculos para que actúen rápidamente, en parte haciendo que las glándulas suprarrenales liberen adrenalina, que acelera el ritmo cardiaco y aumenta la presión sanguínea.

La segunda rama del SNA es el sistema nervioso parasimpático («contra las emociones») o SNP, que promueve las funciones autopreservadoras como la digestión y la cicatrización. Desencadena la liberación de acetilcolina para frenar la activación, reduciendo el ritmo cardiaco, relajando los músculos y recuperando una respiración normal. Como Darwin señaló, «las actividades de alimentación, cobijo y apareamiento» dependen del SNP.

Existe una manera sencilla de experimentar ambos sistemas por nosotros mismos. Cuando respiramos profundamente, activamos el SNS. El resultante estallido de adrenalina acelera el corazón, lo cual explica por qué tantos atletas realizan unas respiraciones cortas y profundas antes de empezar una competición. Espirar, por su parte, activa el SNP, que frena el ritmo cardiaco. Si realiza una clase de yoga o de meditación, el instructor seguramente le pedirá que preste particularmente atención a la espiración, ya que las respiraciones profundas y largas ayudan a calmarnos. Cuando respiramos, estamos continuamente acelerando y frenando el corazón, y debido a ello el intervalo entre los dos latidos cardiacos no es nunca exactamente el mismo. Se puede usar una medición llamada «variabilidad del ritmo cardiaco» (VRC) para comprobar la flexibilidad de este sistema, y una buena VRC (cuanta más fluctuación, mejor) es una señal de que el freno y el acelerador de nuestro sistema de activación están funcionando adecuada y equilibradamente. Para nosotros, adquirir un instrumento para medir la VRC fue un gran avance. En el capítulo 16 explicaré cómo podemos usar la VRC para ayudar a tratar el TEPT.

EL CÓDIGO DEL AMOR NEURONAL[7]

En 1994, Stephen Porges, investigador de la Universidad de Maryland en la época en que empezamos nuestra investigación de la VRC que actualmente trabaja en la Universidad de Nueva Carolina, introdujo la teoría polivagal, basada en las observaciones de Darwin, y añadió otros ciento cuarenta años de descubrimientos científicos a aquellos primeros conocimientos («polivagal» se refiere a las diferentes ramas del nervio vago –el «nervio neumogástrico» de Darwin– que conecta varios órganos, incluyendo el

cerebro, los pulmones, el corazón, el estómago y los intestinos). La teoría polivagal nos permitió comprender con mayor sofisticación la biología de la seguridad y del peligro, basada en la sutil interrelación entre las experiencias viscerales de nuestro propio cuerpo y las voces y los rostros de las personas que nos rodean. Explicaba por qué un rostro amable o un tono de voz relajante pueden alterar drásticamente cómo nos sentimos. Aclaraba por qué saber que somos vistos y escuchados por las personas importantes de nuestra vida puede hacernos sentir tranquilos y seguros, y por qué ser ignorado o dejado de lado puede precipitar reacciones de rabia o el colapso mental. Nos ayudó a comprender por qué estar en sintonía con otra persona puede sacarnos de un estado de desorganización y miedo.[8]

En resumidas cuentas, la teoría de Porges nos hizo mirar más allá de los efectos de lucha o huida y poner las relaciones sociales delante y en el centro de nuestro conocimiento sobre el trauma. También sugería nuevos enfoques sobre la curación centrados en reforzar el sistema corporal que regula la activación.

Los seres humanos están sorprendentemente sintonizados con los cambios emocionales sutiles de las personas (y animales) que tienen alrededor. Ligeros cambios en la tensión de una ceja, arrugas en torno a los ojos, los labios curvados y el ángulo del cuello rápidamente nos indican si alguien está cómodo, si desconfía, si está relajado o asustado.[9] Nuestras neuronas espejo registran su experiencia interior, y nuestro cuerpo realiza ajustes internos en función de lo que percibimos. Así, los músculos de nuestro rostro dan pistas a los demás sobre si estamos tranquilos o emocionados, si tenemos el corazón acelerado o tranquilo y si estamos a punto de abalanzarnos sobre ellos o de salir corriendo. Cuando el mensaje que recibimos de la otra persona es «Conmigo estás seguro», nos relajamos. Si somos afortunados en nuestras relaciones, también nos sentimos alimentados, apoyados y restaurados cuando miramos el rostro y los ojos de la otra persona.

Nuestra cultura nos enseña a centrarnos en la unicidad personal, pero a un nivel más profundo prácticamente no existimos como organismos individuales. Nuestros cerebros están diseñados para ayudarnos a funcionar como miembros de una tribu. Formamos parte de esa tribu incluso cuando estamos solos, ya sea escuchando música (que otra gente ha creado), mirando un partido de baloncesto por la televisión (y nuestros músculos se tensan cuando los jugadores corren y saltan) o preparando una hoja de cálculo para

una reunión de ventas (anticipando las reacciones de nuestro jefe). Dedicamos la mayor parte de nuestra energía a conectar con los demás.

Si miramos más allá de la lista de síntomas específicos incluidos en los diagnósticos psiquiátricos formales, encontramos que casi todo el sufrimiento mental implica o bien problemas en crear relaciones que funcionen y sean satisfactorias o dificultades en regular la activación (como pasa cuando habitualmente nos enfadamos, nos bloqueamos, nos sobreexcitamos o nos desorganizamos). Generalmente, es una combinación de ambas cosas. En enfoque médico estándar de intentar descubrir el fármaco adecuado para tratar un «trastorno» concreto suele distraernos de tratar de resolver la interferencia de nuestros problemas con nuestro funcionamiento como miembros de nuestra tribu.

SEGURIDAD Y RECIPROCIDAD

Hace unos años, escuché a Jerome Kagan, un distinguido profesor emérito de psicología infantil de Harvard, decir al Dalái Lama que por cada acto de crueldad en este mundo existen centenares de pequeños actos de bondad y conexión. Su conclusión fue: «Ser benevolente en lugar de malevolente es probablemente una característica auténtica de nuestra especie». Ser capaz de sentirse seguro con otras personas es probablemente el aspecto más importante de la salud mental; las conexiones seguras son fundamentales para tener una vida con sentido y satisfactoria. Muchos estudios sobre las respuestas ante los desastres en todo el mundo han demostrado que el apoyo social es la protección más potente contra la anulación provocada por el estrés y el trauma.

El apoyo social no es lo mismo que estar simplemente en presencia de otras personas. La cuestión crítica es la *reciprocidad*: ser realmente escuchado y visto por las personas que nos rodean, sentir que tenemos el apoyo de alguien en su mente y en su corazón. Para que nuestra fisiología se calme, se cure y crezca necesitamos una sensación visceral de seguridad. Ningún médico puede extender una receta de amistad y amor: son capacidades complejas y ganadas con esfuerzo. No hace falta tener un historial traumático para sentirse cohibido e incluso aterrado en una fiesta con extraños, pero el trauma puede hacer que el mundo parezca una fiesta de alienígenas.

Muchas personas traumatizadas se encuentran crónicamente

desincronizadas con las personas que las rodean. Algunas encuentran consuelo en grupos en los que pueden recordar sus experiencias de guerra, de violación o tortura con otras personas con un pasado o experiencias similares. Centrarse en una historia compartida de trauma y de victimización mitiga su aguda sensación de aislamiento, pero generalmente al precio de tener que negar sus diferencias individuales: solo se puede ser miembro si se es conforme al código común.

Aislarse en un grupo de víctimas definido de manera estricta promueve una visión de los demás como irrelevantes en el mejor de los casos y como peligrosos en el peor, lo cual a la larga solo provoca más aislamiento. Las bandas, los partidos políticos extremistas y los cultos religiosos pueden proporcionar consuelo, pero raramente promueven la flexibilidad mental necesaria para estar completamente abiertos a lo que la vida tiene que ofrecer y, por consiguiente, no pueden liberar a sus miembros de sus traumas. Las personas que funcionan bien son capaces de aceptar las diferencias individuales y reconocer la humanidad de los demás.

En las dos últimas décadas se ha reconocido ampliamente que cuando los adultos o los niños están demasiado asustados o bloqueados para obtener consuelo de los seres humanos, las relaciones con otros mamíferos pueden ayudar. Los perros y los caballos, e incluso los delfines, ofrecen una compañía menos complicada aportando la sensación de seguridad necesaria. Los perros y los caballos, en especial, se usan mucho actualmente para tratar a algunos grupos de pacientes con traumas.[10]

TRES NIVELES DE SEGURIDAD

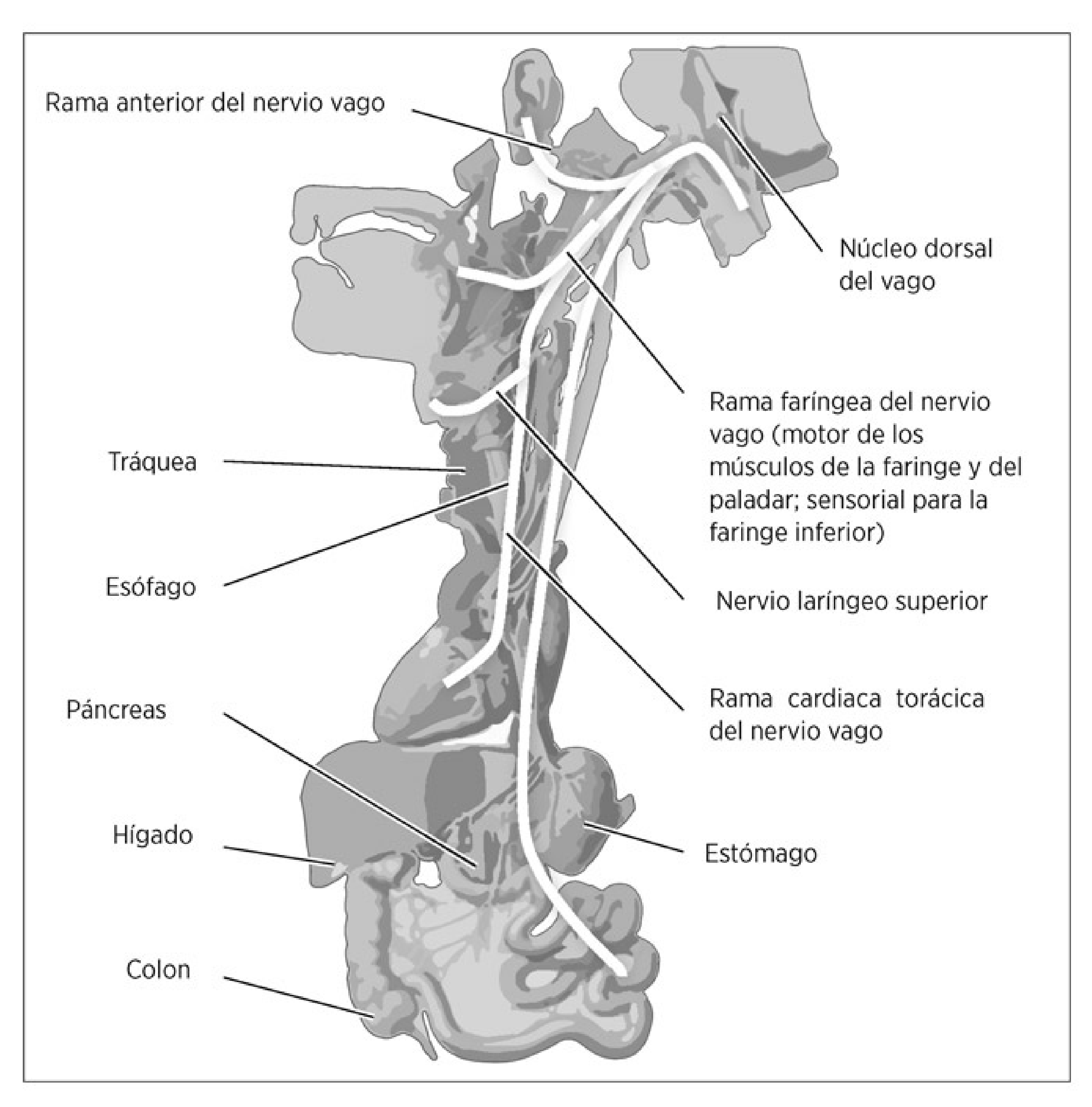
Tras el trauma, experimentamos el mundo con un sistema nervioso diferente, en el que la percepción del riesgo y de la seguridad está alterada. Porges acuñó la palabra «neurocepción» para describir la capacidad de evaluar el peligro y la seguridad relativos en nuestro entorno. Cuando intentamos ayudar a las personas con una neurocepción defectuosa, el principal reto es encontrar formas de poner a cero su fisiología, para que sus mecanismos de supervivencia dejen de funcionar en su contra. Esto significa ayudarles a responder adecuadamente al peligro pero, incluso más que eso, a recuperar la capacidad de sentir la seguridad, la relajación y una reciprocidad verdadera.

He entrevistado extensamente y he tratado a seis personas que sobrevivieron a accidentes aéreos. Dos dijeron haber perdido la conciencia

durante el accidente; aunque no tenían heridas físicas, se colapsaron mentalmente. Dos entraron en estado de pánico y permanecieron alterados hasta mucho después del inicio del tratamiento. Dos permanecieron tranquilos y fueron capaces de ayudar a evacuar a otros pasajeros de los restos del avión en llamas. He encontrado respuestas similares en supervivientes de violaciones, accidentes de tráfico y torturas. En el capítulo anterior, vimos las reacciones radicalmente diferentes de Stan y Ute al revivir el accidente que sufrieron en la autopista, uno al lado del otro. ¿Qué representa este espectro de respuestas (centrado, colapsado o agitado)?

La teoría de Porges ofrece una explicación: el sistema nervioso autónomo regula tres estados fisiológicos fundamentales. El nivel de seguridad determina cuál de ellos se activa en qué momento concreto. Cuando nos sentimos amenazados, instintivamente pasamos al primer nivel, la *interacción social*. Pedimos ayuda, apoyo y consuelo a las personas que nos rodean. Pero si no acude nadie en nuestra ayuda, o estamos ante un peligro inmediato, el organismo pasa a un modo de supervivencia más primitivo: *luchar o escapar*. Luchamos contra nuestro atacante, o corremos a un lugar seguro. Sin embargo, si esto falla (no podemos escapar, estamos retenidos o atrapados) el organismo intenta preservarse bloqueándose o gastando el mínimo de energía posible). Es cuando estamos en estado de *paralización* o de *colapso*.

Aquí es donde entra en juego el nervio vago con sus diferentes ramas, y describiré brevemente su anatomía porque es fundamental para comprender cómo manejamos el trauma. El sistema de interacción social depende de los nervios que se originan en los centros regulatorios del tronco cerebral, básicamente el vago (conocido también como décimo nervio craneal) junto con los nervios adyacentes que activan los músculos del rostro, la garganta, el oído medio y la laringe. Cuando el «complejo vagal central» (CVV) dirige la función, sonreímos cuando los demás nos sonríen, asentimos con la cabeza cuando estamos de acuerdo y fruncimos el cejo cuando los amigos nos cuentan sus desventuras. Cuando el CVV está activado, también manda señales al corazón y a los pulmones, reduciendo el ritmo cardiaco y aumentando la profundidad de la respiración. Como resultado de ello, nos sentimos tranquilos y relajados, centrados, o agradablemente activados.



El nervio vago con sus múltiples ramas. El nervio vago (al que Darwin llamaba «nervio neumogástrico») registra las penas y los sentimientos dolorosos. Cuando una persona siente cierto malestar, la garganta se le seca, la voz se tensa, el corazón se acelera y la respiración se vuelve rápida y superficial.



Tres respuestas ante la amenaza.

1. El sistema de interacción social: un mono alarmado señala el peligro y pide ayuda. CVV.

2. Lucha o huida: enseña los dientes, el rostro de la rabia y el terror. SNS.

3. Colapso: el cuerpo indica la derrota y se retracta. CVD.

Cualquier amenaza a nuestra seguridad o a las conexiones sociales desencadena cambios en las áreas enervadas por el CVV. Cuando sucede algo angustiante, automáticamente nuestras expresiones faciales y tono de voz denotan nuestra preocupación, y estos cambios sirven para pedir a otros que vengan a ayudarnos.[11] Sin embargo, si nadie responde a nuestra petición de ayuda, la amenaza aumenta y el cerebro límbico más antiguo entra en acción. El sistema nervioso simpático toma el control, movilizando músculos, corazón y pulmones para luchar o escapar.[12] Nuestra voz se acelera y se vuelve más estridente y nuestro corazón empieza a bombear más deprisa. Si hay un perro en la habitación, se moverá y gruñirá, porque podrá oler la activación de nuestras glándulas sudoríparas.

Finalmente, si no existe escapatoria, y no podemos hacer nada para detener lo inevitable, activaremos el sistema de emergencia definitivo: el complejo vagal dorsal (CVD). Este sistema llega debajo del diafragma hasta el estómago, los riñones y los intestinos, y reduce drásticamente el metabolismo de todo el cuerpo. El ritmo cardiaco se reduce (notamos como «cae» el corazón), no podemos respirar, y los intestinos dejan de funcionar o se vacían (literalmente «se cagan de miedo»). Este es el punto en el que nos desactivamos, nos colapsamos y nos paralizamos.

LUCHA O HUIDA FRENTE A COLAPSO

Como vimos en los escáneres cerebrales de Stan y de Ute, el trauma se expresa no solo como una lucha o una huida, sino también como una desconexión y una incapacidad para conectar con el presente. Cada respuesta implica un nivel diferente de actividad cerebral: el sistema de lucha o huida de los mamíferos, que nos protege e impide que nos desactivemos, y el cerebro reptiliano, que produce la respuesta en forma de colapso. Podemos ver la diferencia entre estos dos sistemas en cualquier tienda grande de mascotas. Los gatitos, perritos, ratones y jerbos juegan constantemente, y cuando están cansados se apiñan, piel con piel. En cambio, las serpientes y los lagartos permanecen inmóviles en las esquinas de sus jaulas, sin responder al entorno.[13] Esta especie de inmovilización, generada por el cerebro reptiliano, caracteriza a muchas personas con traumas crónicos, a diferencia del pánico y la rabia de los mamíferos que hace que los supervivientes recientes de un trauma estén tan atemorizados y atemoricen ellos mismos a los demás. Casi todo el mundo sabe cómo es la respuesta de escapada o huida típica, el enfado del conductor: una amenaza repentina precipita un intenso impulso de moverse y atacar. El peligro desconecta nuestro sistema de interacción social, reduce nuestra capacidad de respuesta a la voz humana y aumenta nuestra sensibilidad a los sonidos amenazantes. Sin embargo, para muchas personas, el pánico y la rabia son preferibles a lo opuesto (desconectarse y convertirse en un muerto para el mundo). Activar la huida o la lucha al menos les hace sentir que tienen energía. Por eso tantas personas maltratadas y traumatizadas se sienten plenamente vivas frente a un peligro real, y se quedan bloqueadas en situaciones que son más complejas pero objetivamente seguras, como las fiestas de cumpleaños o las cenas familiares.

Cuando luchar o correr no resuelve la amenaza, activamos el último recurso: el cerebro reptiliano, el sistema de emergencia definitivo. Este sistema suele ponerse en marcha cuando estamos físicamente inmovilizados, como cuando un atacante nos tiene acorralados o cuando un niño no puede escapar de un cuidador que le aterra. El colapso y la desconexión son controlados por el CVD, una parte evolutivamente antigua del sistema nervioso simpático asociado a síntomas digestivos como diarrea y náuseas. También reduce el ritmo cardiaco e induce una respiración superficial. Una vez que este sistema toma el control, las otras personas y nosotros mismos dejamos de importar. La conciencia se apaga, y puede que físicamente ya no registremos el dolor.

CÓMO NOS CONVERTIMOS EN SERES HUMANOS

Según la gran teoría de Porges, en los mamíferos el CVV evolucionó para apoyarlos en una vida social cada vez más compleja. Todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, se agrupan para aparearse, alimentar a sus crías, defenderse contra enemigos comunes y coordinar la caza y la adquisición de alimentos. Cuanto más eficazmente sincroniza el CVV la actividad de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, mejor se sintoniza la fisiología de cada individuo con la del resto de los miembros de la tribu.

Considerar de este modo el CVV explica cómo ayudan los padres de manera natural a sus hijos a regularse. Los recién nacidos no son muy sociales; pasan la mayor parte del tiempo durmiendo y se despiertan cuando tienen hambre o están mojados. Después de comer, pueden pasar cierto tiempo mirando alrededor, quejándose u observando, pero pronto se vuelven a dormir, siguiendo su propio ritmo interior. Muy pronto en la vida ya están bastante a la merced de las mareas alternantes de su sistema nervioso simpático y parasimpático, y su cerebro reptiliano es básicamente el que dirige el espectáculo.

Pero día a día, a medida que los arrullamos y les sonreímos y los mimamos, estimulamos el crecimiento de la sincronicidad en su CVV en desarrollo. Estas interacciones ayudan a que los sistemas de activación emocional de nuestros bebés se sincronicen con su entorno. El CVV controla la succión, la deglución, la expresión facial y los sonidos producidos por la laringe. Cuando estas funciones se estimulan en un niño, van acompañadas por una sensación de placer y de seguridad, que ayuda a crear los cimientos de todo el comportamiento social futuro.[14] Como mi amigo Ed Tronick me enseñó hace mucho tiempo, el cerebro es un órgano cultural; la experiencia modela el cerebro.

Estar sincronizados con otros miembros de nuestra especie a través del CVV es extremadamente gratificante. Lo que empieza como un juego sincronizado entre madre e hijo sigue con el ritmo de un buen partido de baloncesto, la sincronía de un tango, y la armonía de un canto coral o la interpretación de una pieza de *jazz* o música de cámara; todo ello fomenta una profunda sensación de placer y de conexión.

Podemos hablar de trauma cuando este sistema falla: cuando suplicamos por nuestra vida pero nuestro asaltante ignora nuestros ruegos; cuando somos niños aterrorizados y escuchamos desde la cama a nuestra madre gritar por

los golpes de su novio; cuando vemos a nuestro amigo atrapado bajo una pieza de metal que no somos lo suficientemente fuertes para levantar; cuando queremos empujar al sacerdote que está abusando de nosotros pero tenemos miedo de ser castigados. La inmovilización está en el origen de la mayoría de los traumas. Cuando esto sucede, es probable que el CVD tome el control: el ritmo cardiaco se reduce, la respiración se vuelve superficial y, como zombis, perdemos el contacto con nosotros mismos y con el entorno. Nos disociamos, nos desmayamos y nos colapsamos.

¿DEFENDER O RELAJARSE?

Steve Porges me ayudó a darme cuenta de que el estado natural de los mamíferos es estar, en cierto modo, en guardia. Sin embargo, para sentirnos emocionalmente cerca de otros seres humanos, nuestro sistema defensivo debe desconectarse temporalmente. Para jugar, aparearnos y alimentar a nuestros pequeños, el cerebro debe desconectar su vigilancia natural.

Muchas personas traumatizadas están demasiado vigilantes para disfrutar de los placeres ordinarios de la vida, mientras que otros están demasiado bloqueados para absorber nuevas experiencias, o para estar alerta a señales de peligro verdadero. Cuando los detectores de humo del cerebro funcionan mal, la gente deja de correr cuando debería intentar escapar o luchar cuando debería estar defendiéndose. Un importante estudio sobre las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés), que describiré en más detalle en el capítulo 9, mostró que las mujeres que habían tenido una historia temprana de abuso y negligencia tenían siete veces más probabilidades de ser violadas en la edad adulta. Las mujeres que de niñas habían sido testigos de los malos tratos a su madre por parte de su pareja tenían muchas más probabilidades de ser víctimas de violencia doméstica.[15]

Muchas personas se sienten seguras mientras puedan limitar su contacto social a conversaciones superficiales, pero el contacto físico real puede desencadenar intensas reacciones. Sin embargo, como señala Porges, para lograr cualquier tipo de intimidad profunda (un abrazo intenso, dormir con un amigo y el sexo) requiere permitirse a uno mismo experimentar la inmovilización sin miedo.[16] Para las personas traumatizadas, resulta especialmente difícil diferenciar cuándo están realmente seguras y poder activar sus defensas cuando están en peligro. Esto requiere tener experiencias que puedan restaurar la sensación de seguridad física, un tema que volveré a

tocar en varias ocasiones en los siguientes capítulos.

NUEVOS ENFOQUES SOBRE EL TRATAMIENTO

Si comprendemos que los niños y los adultos traumatizados quedan bloqueados en la lucha o en la huida o en una desconexión crónica, ¿cómo les ayudamos a desactivar estas maniobras de defensa que en una ocasión garantizaron su supervivencia?

Algunas personas que trabajan con supervivientes de traumas tienen un don y saben cómo hacerlo intuitivamente. Steve Gross solía dirigir el programa de juegos en el Trauma Center. Steve a menudo se paseaba por la clínica con una pelota de playa de colores brillantes, y cuando veía a niños enfadados o paralizados en la sala de espera, les lanzaba una gran sonrisa. Los niños raramente respondían. Luego, un poco más tarde, volvía y «accidentalmente» lanzaba la pelota cerca de donde estuviera sentado el niño en cuestión. Al acercarse para recogerla, Steve la empujaba hacia el niño, que a menudo se la devolvía con poco entusiasmo. Poco a poco, terminaban pasándosela mutuamente, y las sonrisas no tardaban en aparecer en el rostro de ambos.

A partir de unos movimientos simples y sincronizados rítmicamente, Steve había creado un pequeño lugar seguro en el que el sistema de interacción social podía empezar a reemerger. Del mismo modo, las personas gravemente traumatizadas pueden obtener algo más con el simple hecho de ayudar a colocar sillas antes de una reunión o unirse a otros marcando un ritmo musical en los asientos de las sillas en comparación con lo que obtendrían sentándose simplemente en esas sillas hablando de los fracasos de su vida.

Una cosa está clara: gritar a alguien que ya está fuera de control solo puede provocar una mayor desregulación. Del mismo modo que nuestro perro se achica cuando gritamos y menea la cola cuando canturreamos, los seres humanos respondemos a las voces estridentes con miedo, ira o desconexión y a los tonos divertidos con apertura y relajación. Simplemente, no podemos evitar responder a estos indicadores de seguridad o de peligro.

Desgraciadamente, nuestro sistema educativo, así como varios de los métodos que supuestamente tratan los traumas, suelen evitar este sistema de interacción social, y en lugar de eso se centran en reclutar las capacidades cognitivas de la mente. A pesar de los efectos bien documentados de la ira, el

miedo y la ansiedad sobre la capacidad de razonar, muchos programas siguen ignorando la necesidad de activar el sistema de seguridad del cerebro antes de intentar promover nuevas maneras de pensar. Lo último que se debe eliminar de los horarios escolares son los coros, la educación física, el recreo y todo aquello que implique movimiento, juego y una interacción divertida. Cuando los niños llevan la contraria, están a la defensiva, son incapaces de reaccionar o están enfadados, también es importante reconocer que este «mal comportamiento» puede reproducir patrones de actuación que se establecieron para sobrevivir a amenazas graves, aunque sean intensamente angustiantes o desagradables.

El trabajo de Porges ha tenido un efecto profundo en el modo en que mis compañeros y yo organizamos el tratamiento de niños maltratados y de adultos traumatizados en el Trauma Center. Es cierto que probablemente habríamos desarrollado un programa de yoga terapéutico para mujeres en algún momento dado, ya que se ha demostrado que el yoga va muy bien para ayudarles a calmarse y a retomar el contacto con su cuerpo disociado. También habríamos experimentado probablemente con un programa de teatro en las escuelas de los barrios marginados de Boston, con un programa de karate para los supervivientes de violaciones llamado «Impact Model Mugging» (programa de autodefensa), y con técnicas de juego y modalidades corporales como la estimulación sensorial que ahora se están usando con supervivientes del mundo entero (en la parte 5 exploramos estas técnicas entre otras).

Pero la teoría polivagal nos ayudó a comprender y explicar *por qué* todas estas técnicas dispares y nada convencionales funcionaban tan bien. Nos permitió ser más conscientes de la combinación de enfoques de arriba abajo (para activar la interacción social) con métodos de abajo arriba (para calmar las tensiones físicas en el cuerpo). Estábamos más abiertos a valorar otros enfoques más antiguos y no farmacológicos de la salud que llevan tiempo practicándose fuera de la medicina occidental, desde los ejercicios de respiración *(pranayama)* y los cantos pasando por las artes marciales como el *qigong* y el tamborileo y el canto y la danza en grupo. Todo se basa en los ritmos interpersonales, la conciencia visceral y la comunicación vocal y facial, que ayudan a las personas a salir de los estados de lucha/huida, a reorganizar su percepción del peligro y a aumentar su capacidad de gestionar las relaciones.

El cuerpo lleva la cuenta.[17] Si el recuerdo del trauma está codificado en

las vísceras, en emociones desgarradoras y dolorosas, en trastornos autoinmunes y problemas esqueléticos/musculares, y si la comunicación entre la mente, el cerebro y las vísceras es en lo que se basa la regulación de las emociones, debemos cambiar radicalmente nuestras hipótesis terapéuticas.

CAPÍTULO 6

PERDER NUESTRO CUERPO, PERDERNOS A NOSOTROS MISMOS

> Sé paciente con todo lo que está por resolver en tu corazón e intenta amar tus propias preguntas… Vive las preguntas ahora. Quizás poco a poco, sin darte cuenta, irás acercándote algún día lejano hacia la respuesta.
>
> –Rainer Maria Rilke, *Letters to a Young Poet*

Sherry entró en mi consulta con los hombros caídos y la barbilla prácticamente tocándole el pecho. Antes incluso de pronunciar ni una palabra, su cuerpo me estaba indicando que tenía miedo de enfrentarse al mundo. También observé que sus mangas largas cubrían solo parcialmente las costras que tenía en los antebrazos. Después de sentarse, me dijo en un tono monótono y estridente que no podía dejar de pellizcarse la piel de los brazos y el pecho hasta sangrar.

Según los recuerdos más antiguos de Sherry, su madre había estado al frente de un hogar de acogida, y su casa solía estar repleta de hasta un máximo de quince niños extraños, disruptivos, atemorizados y atemorizantes que desaparecían en cuanto llegaban. Sherry había crecido cuidando a esos

niños transitorios, sintiendo que no había espacio para ella y sus necesidades. «Sé que yo no fui deseada –me dijo–. No estoy segura de cuándo me di cuenta de eso por primera vez, pero he pensado en cosas que mi madre me dijo, y las señales siempre estuvieron allí. Me decía: "Sabes, no creo que pertenezcas a esta familia. Creo que nos dieron a una hija equivocada". Y me lo decía con una sonrisa en el rostro. Pero claro, la gente suele fingir que bromea cuando dice algo en serio».

Con los años, nuestro equipo de investigación ha comprobado repetidamente que el maltrato emocional y el abandono crónico pueden ser igual de devastadores que el abuso físico y sexual.[1] Sherry resultó ser un ejemplo viviente de estos hallazgos: que no te vean, que no te conozcan y no tener adónde ir para sentirte seguro es devastador a cualquier edad, pero es particularmente destructivo en los niños pequeños, que aún siguen buscando su sitio en el mundo.

Sherry se había graduado de la universidad, pero ahora tenía un aburrido trabajo en una oficina, vivía sola con sus gatos y no tenía amigos cercanos. Cuando le pregunté sobre los hombres, me dijo que su única «relación» había sido con un hombre que la secuestró en unas vacaciones de la universidad en Florida. La mantuvo cautiva y la violó repetidamente durante cinco días consecutivos. Recordaba haber permanecido encogida, aterrorizada y paralizada casi todo ese tiempo, hasta que se dio cuenta de que podía intentar escapar. Escapó simplemente caminando mientras él estaba en el baño. Cuando llamó a su madre para que la fuera a buscar, su madre se negó a responder la llamada. Sherry finalmente pudo llegar a casa con la ayuda de un centro para víctimas de violencia doméstica.

Sherry me dijo que había empezado a pellizcarse la piel porque le aportaba cierto alivio frente a su paralización. Las sensaciones físicas la hacían sentir más viva pero también profundamente avergonzada (sabía que era adicta a estas acciones pero no podía dejar de hacerlas). Había consultado a varios profesionales de la salud mental antes que a mí y le habían preguntado repetidamente sobre su «comportamiento suicida». También había sido sometida a una hospitalización involuntaria por parte de un psiquiatra que se negó a tratarla a menos que le prometiera que no volvería a pellizcarse la piel de nuevo. Sin embargo, según mi experiencia, los pacientes que se practican cortes o que se pellizcan la piel como Sherry, raras veces son suicidas; simplemente intentan hacer algo para sentirse mejor del único modo que saben.

Es un concepto difícil de entender para mucha gente. Como comenté en el capítulo anterior, la respuesta más habitual a la angustia es buscar a personas que nos gustan y en las que confiamos para que nos ayuden y nos den el valor de seguir adelante. También podemos calmarnos realizando una actividad física como ir en bicicleta o ir al gimnasio. Empezamos a aprender estas maneras de regular nuestros sentimientos desde el primer momento que alguien nos alimenta cuando tenemos hambre, nos tapa cuando tenemos frío o nos mece cuando nos hemos hecho daño o tenemos miedo.

Pero si nadie te ha mirado nunca con amor ni te ha dedicado una sonrisa al verte; o si nadie ha corrido a ayudarte (y en lugar de eso te ha dicho «Deja de llorar», o «Ya te daré yo motivos para llorar»), entonces debes descubrir otras maneras de cuidar de ti mismo. Es probable que experimentes con cualquier cosa (drogas, alcohol, bulimia o cortes) que te aporte algún tipo de alivio.

Aunque Sherry acudía obedientemente a cada visita y respondía a mis preguntas con gran sinceridad, yo no sentía que tuviéramos el tipo de conexión vital que es necesaria para que la terapia funcione. Le sugerí que viera a Liz, una terapeuta masajista con la que yo había trabajado anteriormente. Durante la primera visita, Liz colocó a Sherry en la camilla de masajes, y luego se puso al extremo de la camilla sujetando suavemente los pies de Sherry. Allí echada con los ojos cerrados, Sherry de repente se puso a gritar en pánico: «¿Dónde estás?». De algún modo, Sherry había perdido la pista de Liz, aunque Liz estaba justo allí, sujetando con las manos los pies de Sherry.

Sherry fue una de las primeras pacientes que me enseñaron la extrema desconexión del cuerpo que experimentan tantas personas con historias de traumas y de abandono. Descubrí que mi formación profesional, centrada en la comprensión y en la percepción, había pasado por alto la importancia del cuerpo vivo y que respira, el fundamento de nuestro yo. Sherry sabía que pellizcarse la piel era algo destructivo y que tenía que ver con el abandono de su madre, pero comprender el origen del impulso no le ayudaba a controlarlo.

PERDER EL CUERPO

Una vez estuve al corriente de ello, me sorprendió descubrir cuántos pacientes me decían que no podían sentir áreas enteras de su cuerpo. En ocasiones, les pedía que cerraran los ojos y me dijeran qué había puesto en

sus manos extendidas. Ya fuera la llave de un coche, una moneda de veinticinco céntimos o un abrelatas, a menudo no podían adivinar qué tenían en la mano: sus percepciones sensoriales no funcionaban.

Se lo comenté a mi amigo Alexander McFarlane, de Australia, que había observado el mismo fenómeno. En su laboratorio de Adelaida, había estudiado la siguiente pregunta: ¿cómo sabemos que estamos sosteniendo la llave de un coche sin mirarla? Reconocer un objeto en la palma de la mano requiere percibir su forma, peso, temperatura, textura y posición. Cada una de estas experiencias sensoriales diferentes se transmite a una parte diferente del cerebro, que luego debe reintegrarlas en una única percepción. McFarlane descubrió que a las personas con TEPT solía costarles reconstruir la imagen.[2] Cuando tenemos los sentidos amortiguados, dejamos de sentirnos totalmente vivos. En un artículo titulado «What is an Emotion?» (¿Qué es una emoción?) de 1884,[3] William James, el padre de la psicología americana, describía un sorprendente caso de «insensibilidad sensorial» en una mujer a la que entrevistó: «No tengo sensaciones humanas–le dijo–. [Estoy] rodeada de todo lo que me podría hacer la vida feliz y agradable, pero no tengo suficiente facultad de disfrute y de sentimiento… Todos mis sentidos, cada parte de mi propio yo, es como si estuvieran separados de mí y no pudiera permitirme ningún sentimiento; esta imposibilidad parece depender de un vacío que siento en la parte frontal de mi cabeza y estar debida a la disminución de la sensibilidad por toda la superficie de mi cuerpo, ya que me parece que en realidad nunca alcanzo los objetos que toco. Todo esto puede parecer poco importante, pero da como resultado aterrador, que es la imposibilidad de tener cualquier sentimiento y cualquier tipo de disfrute, aunque experimento la necesidad y el deseo de tenerlos, lo cual convierte mi vida en una incomprensible tortura».

Esta respuesta al trauma suscita una pregunta importante: ¿cómo puede la gente traumatizada aprender a integrar las experiencias sensoriales ordinarias para poder vivir con el flujo natural de sus sentimientos y sentirse segura y completa en su cuerpo?

¿CÓMO SABEMOS QUE ESTAMOS VIVOS?

Muchos de los primeros estudios de neuroimagen en personas traumatizadas eran como los que hemos visto en el capítulo 3: se centraban en cómo reaccionaban los sujetos a recordatorios específicos del trauma. Más adelante,

mi compañera Ruth Lanius, que realizó los escáneres cerebrales a Stan y Ute Lawrence, planteó una nueva pregunta: ¿qué sucede en el cerebro de los supervivientes de traumas cuando *no* están pensando en el pasado? Sus estudios sobre el cerebro en reposo, la «red neuronal por defecto» (RND), abrió todo un nuevo capítulo en la comprensión de cómo el trauma afecta la conciencia de uno mismo, específicamente la conciencia sensorial de uno mismo.[4]

La doctora Lanius seleccionó a un grupo de dieciséis canadienses «normales» para hacerles un escáner cerebral mientras no pensaban en nada en particular. Esto no es fácil de lograr (mientras estamos despiertos, nuestro cerebro no para) pero les pidió que centraran la atención en su respiración y que intentaran vaciar la mente al máximo. Luego, repitió el mismo experimento con dieciocho personas que habían tenido historias de maltrato crónico grave durante la infancia.

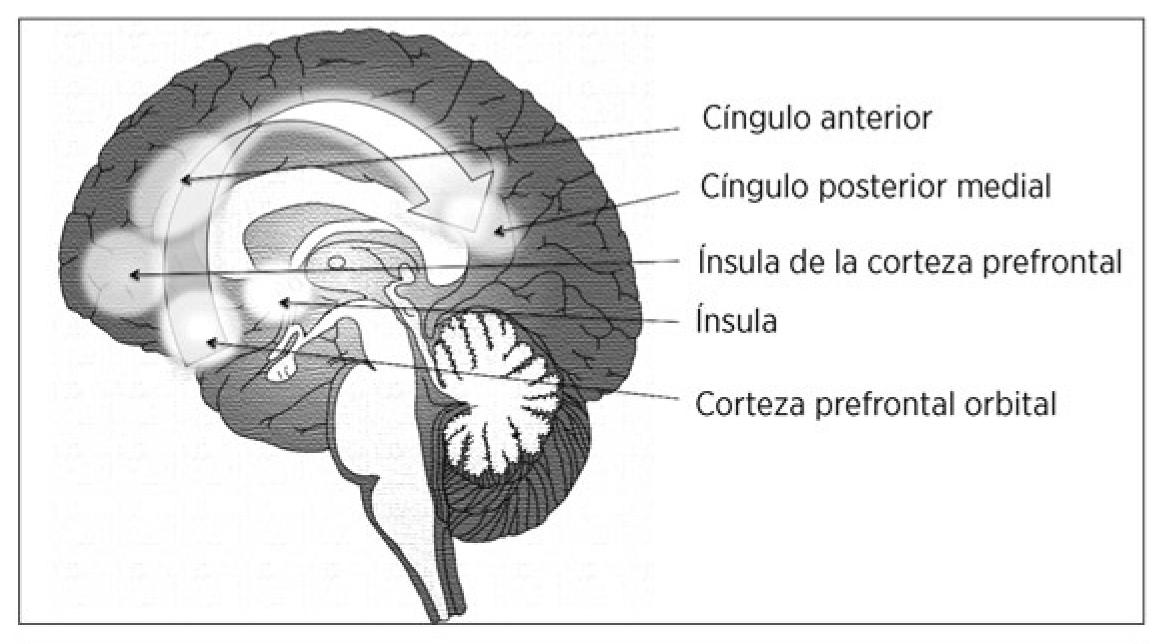
¿Qué está haciendo nuestro cerebro cuando no tenemos nada concreto en la mente? Resulta que prestamos atención a nosotros mismos. El estado por defecto activa las áreas cerebrales que trabajan conjuntamente para crear nuestra percepción del «yo».

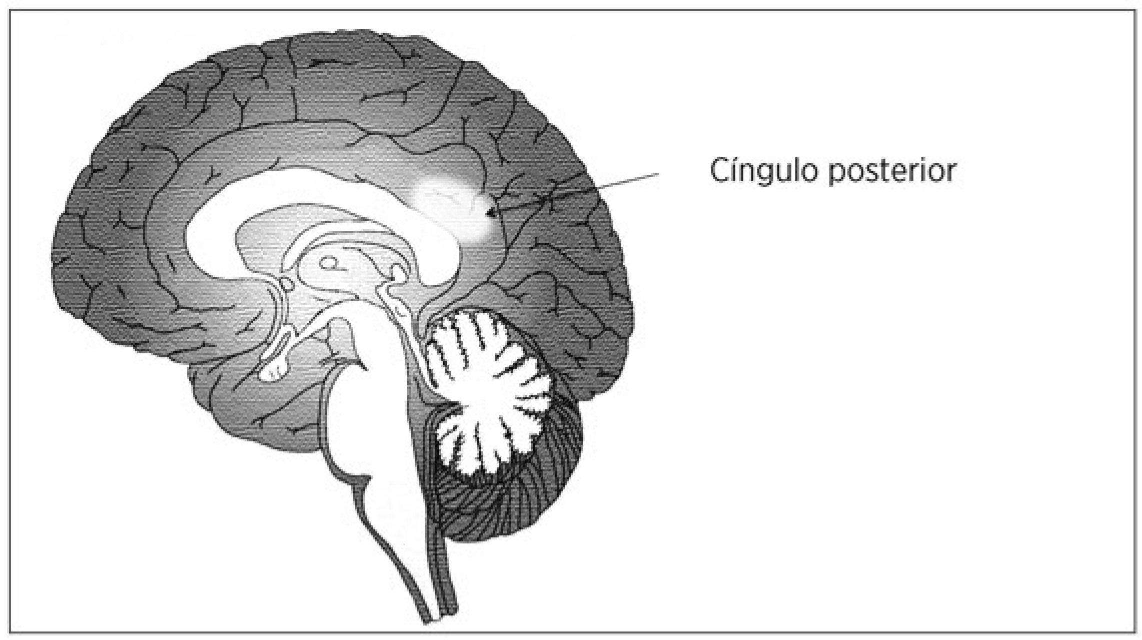
Cuando Ruth analizó los escáneres de los sujetos normales, observó la activación de regiones de la RND que anteriores investigadores habían descrito. Me gusta llamarlo la «cresta» de la autoconcienciación, las estructuras de la línea media del cerebro, que empiezan justo sobre los ojos, discurren por el centro del cerebro hasta la nuca. Todas estas estructuras de la línea media están implicadas en nuestra percepción del «yo». La región más brillante en la parte posterior del cerebro es el cíngulo posterior, que nos da la percepción física de dónde estamos (nuestro GPS interno). Está fuertemente conectado con la corteza prefrontal medial (CPFM), la torre de vigilancia que mencioné en el capítulo 4 (esta conexión no aparece en el escáner porque la RMf no puede medirla). También está conectado con las áreas cerebrales que registran las sensaciones procedentes del resto del cuerpo: la ínsula, que transmite los mensajes de las vísceras a los centros emocionales; los lóbulos parietales, que integran la información sensorial; y el cíngulo anterior, que coordina las emociones y el pensamiento. Todas estas áreas contribuyen a la conciencia.

La diferencia con los escáneres de los dieciocho pacientes de TEPT crónico con traumas graves vividos en la primera infancia era llamativa. Prácticamente no había activación de ninguna de las áreas de autopercepción

del cerebro. La CPFM, el cíngulo anterior, la corteza parietal y la ínsula no estaban en absoluto iluminados; la única área que mostraba una ligera activación era el cíngulo posterior, que es el responsable de la orientación espacial básica.

Solo podía haber una explicación para estos resultados: en respuesta al propio trauma, y para manejar el miedo que persistió mucho tiempo después, estos pacientes habían aprendido a desconectar las áreas del cerebro que transmiten los sentimientos viscerales y las emociones que acompañan y definen el terror. Sin embargo, en nuestra vida diaria, estas mismas áreas cerebrales son responsables de registrar todo el abanico de emociones y sensaciones que forman los cimientos de nuestra autoconcienciación, la percepción de quiénes somos. Lo que estábamos viendo era una adaptación trágica: en un esfuerzo para desconectar unas sensaciones aterradoras, también adormecieron su capacidad de sentirse totalmente vivos.





Localización del yo. La cresta de la autoconcienciación. Empezando desde la parte delantera del cerebro (a la derecha), está compuesta por la corteza prefrontal orbital, la corteza prefrontal medial, el cíngulo anterior, el cíngulo posterior y la ínsula. En las personas con historias de trauma crónico, las mismas regiones muestran una actividad claramente reducida, haciendo que sea difícil registrar los estados internos y evaluar la relevancia personal de la información entrante.

La desaparición de la activación prefrontal medial podría explicar por qué tantas personas traumatizadas pierden la noción de propósito y de dirección. Solía sorprenderme la frecuencia con la que mis pacientes me pedían consejo sobre las cosas más ordinarias, y luego qué pocas veces los seguían. Ahora

comprendo que la relación con su propia realidad interior estaba deteriorada. ¿Cómo podían tomar decisiones, o poner ningún plan en marcha, si no podían definir qué querían o, más precisamente, qué intentaban decirles las sensaciones de su cuerpo, que son la base de todas las emociones?

La falta de autoconcienciación en las víctimas de traumas infantiles crónicos es en ocasiones tan profunda que no pueden reconocerse en un espejo. Los escáneres cerebrales demuestran que no es resultado de una mera falta de atención. Las estructuras responsables del autorreconocimiento pueden haber quedado noqueadas junto con las estructuras relacionadas con la experiencia propia.

Cuando Ruth Lanius me mostró su estudio, me vino a la mente una frase de mi educación secundaria clásica. El matemático Arquímedes, hablando sobre la palanca, dijo supuestamente: «Denme un punto de apoyo y moveré el mundo». O, como dijo Moshe Feldenkrais, el gran terapeuta corporal del siglo XXI: «No puedes hacer lo que quieres hasta que sabes qué estás haciendo». Las implicaciones están claras: para sentirte presente debes saber dónde estás y ser consciente de lo que te pasa. Si el sistema de autopercepción se estropea, debemos encontrar maneras de reactivarlo.

EL SISTEMA DE AUTOPERCEPCIÓN

Fue fascinante ver cómo Sherry mejoró con su terapia con masajes. Se sentía más calmada y con más arrojo en su vida diaria, y también estaba más relajada y abierta conmigo. Se implicó realmente en su terapia y sentía verdadera curiosidad por su comportamiento, sus pensamientos y sus sentimientos. Dejó de pellizcarse la piel, y cuando llegó el verano empezó a pasar algunas tardes sentada fuera en las escaleras de su casa, charlando con sus vecinos. Incluso se unió al coro de una iglesia, una experiencia maravillosa de sincronía grupal.

Fue más o menos en esta época cuando conocí a Antonio Damasio en un pequeño *think tank* organizado por Dan Schacter, el presidente del Departamento de Psicología de Harvard. En una serie de brillantes artículos y libros científicos, Damasio clarificaba la relación entre los estados corporales, las emociones y la supervivencia. Damasio, un neurólogo que había tratado a centenares de personas con diferentes formas de daño cerebral, se quedó fascinado con la conciencia y con la identificación de las áreas del cerebro necesarias para saber qué sentimos. Ha dedicado su carrera a cartografiar los

elementos responsables de nuestra experiencia del «yo». *The Feeling of What Happens* es, para mí, su libro más importante, y leerlo fue una revelación.[5] Damasio empieza señalando la profunda división entre nuestra percepción del yo y la vida sensorial de nuestro cuerpo. Como explica poéticamente, «En ocasiones usamos muestra mente no para descubrir hechos, sino para ocultarlos… Una de las cosas que la pantalla oculta con más eficacia es el cuerpo, nuestro propio cuerpo, y con ello me refiero a su interior. Como un velo echado sobre la piel para garantizar su pudor, la pantalla elimina parcialmente de la mente los estados internos del cuerpo, aquellos que constituyen el flujo de la vida a medida que deambula por el viaje de cada día».[6]

Sigue describiendo cómo esta «pantalla» puede actuar en nuestro favor permitiéndonos atender a los problemas acuciantes del mundo exterior. Sin embargo, tiene un precio: «Suele impedirnos percibir el posible origen y naturaleza de lo que llamamos el "yo"».[7] Basándose en el trabajo centenario de William James, Damasio afirma que el núcleo de nuestra auto-concienciación reside en las sensaciones físicas que transmiten los estados internos del cuerpo:

> Los sentimientos primordiales proporcionan una experiencia directa de nuestro propio cuerpo vivo, sin palabras, sin adornos y conectado nada más que con la pura existencia. Estos sentimientos primordiales reflejan el estado actual del cuerpo en varias dimensiones… en una escala que va del placer al dolor, y se originan a nivel del tronco cerebral y no en la corteza cerebral. Todas las emociones sentidas son complejas variaciones musicales de los sentimientos primordiales.[8]

Nuestro mundo sensorial toma forma incluso antes de que nazcamos. En el útero, sentimos el líquido amniótico contra nuestra piel, escuchamos los sonidos amortiguados del flujo sanguíneo y del tracto digestivo en funcionamiento, nos adaptamos a los movimientos de nuestra madre. Después del nacimiento, la sensación física define nuestra relación con nosotros mismos y con lo que nos rodea. Empezamos *siendo* nuestra humedad, nuestra hambre, nuestra saciedad y nuestra somnolencia. Una cacofonía de sonidos e imágenes incomprensibles presiona nuestro inmaculado sistema nervioso. Incluso después de adquirir la conciencia y el

lenguaje, nuestro sistema de percepción corporal nos da un retorno crucial sobre nuestro estado momento a momento. Su tarareo constante comunica los cambios en nuestras vísceras y en los músculos de nuestro rostro, torso y extremidades, que señalan el dolor y el confort, así como necesidades como el hambre y la excitación sexual. Lo que se produce a nuestro alrededor también afecta nuestras sensaciones físicas. Ver a alguien que conocemos, escuchar sonidos concretos (una canción, una sirena) o notar una variación de temperatura cambia nuestro centro de atención y, sin que seamos conscientes de ello, influye en nuestros pensamientos y en nuestras acciones subsiguientes.

Como hemos visto, el trabajo del cerebro es supervisar y evaluar constantemente lo que sucede en nuestro interior y alrededor nuestro. Estas evaluaciones se transmiten mediante mensajes químicos en el flujo sanguíneo y mediante mensajes eléctricos a nuestros nervios, causando cambios sutiles o drásticos en todo el cuerpo y en el cerebro. Estos cambios suelen suceder sin nuestra contribución consciente o nuestro conocimiento: las regiones subcorticales del cerebro son sorprendentemente eficientes regulando nuestra respiración, nuestro ritmo cardiaco, la digestión, la secreción hormonal y el sistema inmunológico. Sin embargo, estos sistemas pueden saturarse si nos enfrentamos a una amenaza constante, o incluso ante la percepción de una amenaza. Esto explica la gran variedad de problemas físicos que los investigadores han documentado en las personas traumatizadas.

Sin embargo, nuestro yo consciente también desempeña un papel vital en el mantenimiento de nuestro equilibrio interior. Debemos registrar nuestras sensaciones físicas y actuar en función de ellas para mantener seguro nuestro cuerpo. Darnos cuenta de que tenemos frío nos empuja a ponernos un jersey; sentir hambre o notarnos ausentes nos indica que tenemos el nivel de azúcar bajo y nos incita a comer algo; la presión de la vejiga llena nos manda al baño. Damasio destaca que todas las estructuras cerebrales que registran sentimientos de fondo se sitúan cerca de áreas que controlan funciones de organización básicas, como la respiración, el apetito, la eliminación y los ciclos de sueño/vigilia. «Esto es porque las consecuencias de tener emociones y atención están completamente relacionadas con la tarea fundamental de gestionar la vida dentro del organismo. No se puede gestionar la vida y mantener el equilibrio homeostático sin datos sobre el estado actual del cuerpo del organismo».[9] Damasio llama estas áreas organizativas del cerebro el «proto-yo», porque crean el «conocimiento sin palabras» subyacente tras

nuestra percepción consciente del yo.

EL YO BAJO AMENAZA

En el año 2000, Damasio y sus compañeros publicaron un artículo en la publicación científica más importante del mundo, *Science*, en el que describían cómo rememorar una emoción negativa intensa causa cambios significativos en las áreas cerebrales que reciben las señales nerviosas de los músculos, las tripas y la piel (áreas cruciales para regular las funciones corporales básicas). Los escáneres cerebrales del equipo mostraron que recordar un acontecimiento emocional pasado nos hace volver a experimentar realmente las sensaciones viscerales que tuvimos durante el acontecimiento original. Cada tipo de emoción produjo un patrón característico, diferente de los demás. Por ejemplo, una parte concreta del tronco cerebral estaba «activa en la tristeza y la ira, pero no en la felicidad o el miedo».[10] Todas estas regiones cerebrales se encuentran debajo del sistema límbico, al que suelen asignarse las emociones; sin embargo, vemos su implicación cada vez que usamos una de las expresiones comunes que relacionan las emociones intensas con el cuerpo: «Me pones enfermo», «Se me eriza la piel», «Me quedé mudo de emoción», «El corazón se me encogió», «Me pone los nervios de punta».

El sistema elemental del yo en el tronco cerebral y en el sistema límbico se activa masivamente cuando las personas se enfrentan a la amenaza de ser aniquiladas, lo cual provoca una abrumadora sensación de miedo y terror acompañada por una activación fisiológica intensa. Para las personas que están reviviendo un trauma, nada tiene sentido, están atrapadas en una situación de vida o muerte, un estado de miedo paralizante o de rabia cegadora. La mente y el cuerpo se activan constantemente, como si estuvieran ante un peligro inminente. Se sobresaltan ante el menor ruido y se frustran con pequeñas irritaciones. Tienen el sueño crónicamente alterado y la comida suele perder sus placeres sensoriales. Esto, a su vez, puede desencadenar unos intentos desesperados de acallar estos sentimientos mediante la paralización y la disociación.[11]

¿Cómo recuperan el control las personas cuando su cerebro animal se encuentra atascado en una lucha por la supervivencia? Si lo que sucede en lo más profundo de nuestro cerebro animal dicta cómo nos sentimos, y si nuestras sensaciones corporales están orquestadas por las estructuras

cerebrales subcorticales (subconscientes), ¿cuánto control sobre ellas podemos tener realmente?

AGENCIA: SER DUEÑOS DE NUESTRA VIDA

Agencia es el término técnico para describir la sensación de estar a cargo de nuestra vida: saber dónde estamos, saber que tenemos mucho que decir sobre lo que nos sucede, saber que tenemos la capacidad de modelar nuestras circunstancias. Los veteranos que pegaban puñetazos en las paredes de la clínica de la VA estaban intentando aseverar su agencia, hacer que pasara algo. Pero terminaron sintiéndose aún más fuera de control, y muchos de estos hombres tan seguros de sí mismos en el pasado quedaron atrapados en el ciclo entre una actividad frenética y la inmovilidad.

La agencia empieza con lo que los científicos llaman *interocepción*, el conocimiento de nuestras sensaciones sensoriales corporales sutiles: cuanto mayor sea este conocimiento, más potencial tendremos de controlar nuestra vida. Saber *qué* sentimos es el primer paso para saber *por qué* nos sentimos así. Si somos conscientes de los cambios constantes en nuestro entorno interior y exterior, podemos movilizarnos para manejarlos. Pero no podemos hacerlo a menos que nuestra torre de vigilancia, la CPFM, aprenda a observar qué sucede en nuestro interior. Por eso la práctica consciente, que refuerza la CPFM, es una piedra angular en la superación del trauma.[12]

Después de ver la maravillosa película *El viaje del emperador*, me encontré pensando en algunos de mis pacientes. Los pingüinos son estoicos y adorables, y es trágico ver cómo, desde tiempos inmemoriales, caminan arduamente setenta millas tierras adentro desde el mar soportando unas adversidades indescriptibles para llegar a zona de reproducción, perdiendo muchos huevos viables para luego, casi muertos de hambre, volver al océano. Si los pingüinos tuvieran nuestros lóbulos frontales, habrían usado sus pequeñas aletas para construir iglús, habrían ideado una mejor división de las tareas y habrían reorganizado su suministro de alimentos. Muchos de mis pacientes han sobrevivido a un trauma con un valor y una persistencia enorme, solo para volver a sufrir los mismos problemas una y otra vez. El trauma ha averiado su brújula interior y les ha arrebatado la imaginación que necesitan para crear algo mejor.

La neurociencia de la yoidad y de la agencia valida el tipo de terapias somáticas que han desarrollado mis amigos Peter Levine[13] y Pat Ogden.[14]

Comentaré estos y otros enfoques sensoriomotores con más detalle en la parte 5, pero básicamente su objetivo es triple:

- sacar la información sensorial que está bloqueada y paralizada por el trauma;
- ayudar a los pacientes a aceptar (en lugar de suprimir) las energías liberadas por esta experiencia interior;
- completar las acciones físicas de autopreservación que quedaron desbaratadas mientras estuvieron atrapados, contenidos o paralizados por el terror.

Nuestros presentimientos nos indican qué es seguro, qué es vital o amenazante, aunque no podamos explicar por qué nos sentimos de un modo en especial. Nuestra interioridad sensorial nos manda continuamente mensajes sutiles sobre las necesidades de nuestro organismo. Los presentimientos también nos ayudan a evaluar lo que sucede a nuestro alrededor. Nos avisan de que el tipo que se nos está acercando parece espeluznante, pero también nos transmiten que una sala orientada al oeste rodeada de lirios nos hace sentir tranquilos. Cuando tenemos una conexión cómoda con nuestras sensaciones interiores (si confiamos en que nos den informaciones exactas) sentimos que tenemos el control de nuestro cuerpo, nuestros sentimientos y nuestro yo.

Sin embargo, las personas traumatizadas se sienten crónicamente inseguras dentro de su cuerpo: el pasado está vivo en forma de incomodidad interior constante. Su cuerpo se ve continuamente bombardeado por señales de alarma viscerales y, en un intento de controlar estos procesos, suelen volverse expertos en ignorar sus instintos y en adormecer la conciencia de lo que está pasando en su interior. Aprenden a esconderse de sí mismos.

Cuanto más intenta la gente perder de vista e ignorar las señales internas de aviso, más probable es que se apoderen del control y les dejen desconcertados, confusos y avergonzados. Las personas que no pueden sentir cómodamente lo que les sucede por dentro se vuelven vulnerables a responder ante cualquier cambio sensorial, ya sea desconectándose o con ataques de pánico: desarrollan miedo al propio miedo.

Sabemos que estos síntomas de pánico se mantienen en gran parte porque el individuo desarrolla un miedo a las sensaciones corporales asociadas con

los ataques de pánico. El ataque puede ser desencadenado por algo que la persona sabe que es irracional, pero el miedo a las sensaciones hace que escalen hasta una situación de emergencia en todo el cuerpo. «Muerto de miedo» y «paralizado por el miedo» (colapsarse y quedarse paralizado) describen precisamente cómo se perciben el terror y el trauma. Son su base visceral. La experiencia del miedo se deriva de las respuestas primitivas a la amenaza, donde la huida queda de algún modo frustrada. La gente se convierte en rehén del miedo hasta que esta experiencia visceral cambia.

El precio de ignorar y distorsionar los mensajes del cuerpo es ser incapaz de detectar qué es realmente peligroso o dañino para nosotros e, igual de malo, qué es seguro o fortalecedor. La autorregulación depende de mantener una relación cordial con nuestro cuerpo. Sin ella, tenemos que depender de la regulación exterior (la medicación, drogas como el alcohol, la reafirmación constante o el cumplimiento compulsivo de los deseos de los demás).

Muchos de mis pacientes no responden al estrés reconociéndolo y nombrándolo, sino desarrollando cefaleas con migrañas y ataques de asma.[15] Sandy, una enfermera de mediana edad, me dijo que de niña se sentía aterrorizada y sola, debido a que sus padres alcohólicos no la veían. Lidió con ello volviéndose obediente con todas las personas de las que dependía (incluido yo, su terapeuta). Cuando su esposo hacía un comentario desconsiderado, a ella le daba un ataque de asma. Para cuando se daba cuenta de que no podía respirar, era demasiado tarde para que el inhalador le hiciera efecto, y tenían que llevarla a urgencias.

Eliminar nuestros gritos internos pidiendo ayuda no impide que nuestras hormonas del estrés movilicen nuestro cuerpo. Aunque Sandy hubiera aprendido a ignorar sus problemas relacionales y a bloquear sus señales de aflicción físicas, hacían acto de aparición a través de síntomas que requerían su atención. Su terapia se centraba en identificar el vínculo entre sus sensaciones físicas y sus emociones, y también la animé a apuntarse a un curso de *kickboxing*. No tuvo que ir ningún día a urgencias durante los tres años en los que fue paciente mía.

Los niños y los adultos traumatizados tienen muchos síntomas somáticos para los que no se encuentra ninguna base física clara. Pueden incluir dolores crónicos de espalda y de nuca, fibromialgia, migrañas, problemas digestivos, colon espástico o síndrome del intestino irritable, fatiga crónica y ciertas formas de asma.[16] Los niños traumatizados presentan una tasa de asma cincuenta veces superior que sus semejantes no traumatizados.[17] Varios

estudios han demostrado que muchos niños y adultos con ataques de asma fatales no eran conscientes de haber tenido problemas respiratorios antes de los ataques.

ALEXITIMIA: INCAPACIDAD DE PONER PALABRAS A LOS SENTIMIENTOS

Tuve una tía viuda con un doloroso historial traumático que se convirtió en abuela honoraria de nuestros hijos. Solía venir a visitarnos con frecuencia, unas visitas siempre marcadas por mucha actividad (hacer cortinas, arreglar los estantes de la cocina, coser la ropa de los niños) y muy poca conversación. Siempre estaba dispuesta a complacer, pero costaba adivinar *qué* le gustaba hacer. Después de varios días compartiendo comentarios amables, la conversación cesaba y a mí me costaba mucho trabajo rellenar los largos silencios. El último día de una de sus visitas, la llevé al aeropuerto y allí me dio un seco abrazo de despedida mientras le caían lágrimas por las mejillas. Sin rastro de ironía, se quejó de que el viento frío del aeropuerto internacional de Logan la hacía llorar. Su cuerpo sentía la tristeza que su mente no podía registrar: estaba despidiéndose de su joven familia, los parientes vivos más cercanos que tenía.

Los psiquiatras llaman a este fenómeno *alexitimia*, un término griego que significa «no poder poner palabras a los sentimientos». Muchos niños y adultos traumatizados simplemente no pueden describir lo que sienten porque no pueden identificar el significado de sus sensaciones físicas. Pueden parecer furiosos, pero negar que estén enfadados; pueden parecer aterrorizados, pero afirmar que están bien. No ser capaz de discernir lo que sucede en su cuerpo les hace perder la conexión con sus necesidades, y les cuesta cuidar de sí mismos, se trate de comer la cantidad adecuada en el momento adecuado o de dormir las horas necesarias.

Como mi tía, los alexitímicos sustituyen el lenguaje de la acción por el de la emoción. Si se les pregunta «¿Cómo se sentiría si viera un camión viniendo en su dirección a 130 km/hora?» la mayoría de la gente diría «Me quedaría aterrorizado» o «Paralizado por el miedo». Un alexitímico podría responder «¿Cómo me sentiría? No sé, me quitaría del medio».[18] Suelen registrar las emociones como problemas físicos en lugar de como señales de que algo merece su atención. En lugar de sentirse enfadados o tristes, experimentan dolor muscular, irregularidades intestinales u otros síntomas

para los que no se puede encontrar ninguna causa. Aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes con anorexia nerviosa, y más de la mitad de los pacientes con bulimia, se sienten desconcertados por sus sentimientos emocionales y les cuesta mucho describirlos.[19] Cuando los investigadores mostraron imágenes de rostros enfadados o angustiados a personas con alexitimia, no podían adivinar qué estaban sintiendo esas personas.[20]

Una de las primeras personas que me enseñaron acerca de la alexitimia fue el psiquiatra Henry Krystal, que había trabajado con más de mil supervivientes del Holocausto para intentar comprender el trauma psíquico masivo.[21] Krystal, que también era superviviente de un campo de concentración, observó que muchos de sus pacientes tenían éxito profesionalmente, pero sus relaciones íntimas dejaban mucho que desear y eran distantes. Suprimir sus sentimientos les había permitido atender a las tareas en el mundo, pero pagando un precio. Aprendieron a silenciar sus emociones antaño abrumadoras y, como resultado de ello, ya no reconocían lo que estaban sintiendo. Pocos de ellos estaban interesados en la terapia.

Paul Frewen de la Universidad de Ontario Occidental realizó una serie de escáneres cerebrales a personas con TEPT que sufrían alexitimia. Uno de los participantes le dijo: «No sé lo que siento, es como si mi cabeza y mi cuerpo no estuvieran conectados. Estoy viviendo en un túnel, en la niebla, pase lo que pase tengo la misma reacción: insensibilidad, nada. Tomar un baño de espuma o quemarme o que me violen es la misma sensación. Mi cerebro no siente nada». Frewen y su compañera Ruth Lanius descubrieron que cuanto más desconectada estaba la gente de sus sentimientos, menos actividad tenía en las áreas de autopercepción del cerebro.[22]

Como a la gente traumatizada suele costarle percibir lo que sucede en su cuerpo, carece de una respuesta matizada ante la frustración. Reaccionan ante el estrés quedándose «atontados» o bien con una rabia excesiva. Sea cual sea su respuesta, a menudo no pueden decir qué los está alterando. Esta incapacidad de conectarse con su cuerpo contribuye a su bien documentada ausencia de autoprotección y a sus altas tasas de revictimización,[23] así como a sus notables dificultades en sentir placer, sensualidad y propósito.

Las personas con alexitimia pueden mejorar si aprenden a reconocer la relación entre sus sensaciones físicas y sus emociones, del mismo modo que las personas daltónicas solo pueden penetrar en el mundo del color aprendiendo a distinguir y a apreciar las tonalidades de gris. Como mi tía y los pacientes de Henry Krystal, suelen mostrarse reticentes a hacerlo: la

mayoría parece haber decidido inconscientemente que es mejor seguir visitando a médicos tratando males que no se curan que llevar a cabo la dolorosa tarea de hacer frente a los demonios del pasado.

DESPERSONALIZACIÓN

Un paso más abajo en la escalera del auto-olvido es la despersonalización; es decir, perder la noción de uno mismo. El escáner cerebral de Ute del capítulo 4 es, en su propia blancura, un claro ejemplo de despersonalización. La despersonalización es habitual durante las experiencias traumáticas. En una ocasión, me atracaron por la noche en un parque cerca de mi casa y, flotando sobre la escena, me vi a mí mismo echado sobre la nieve con una pequeña herida en la cabeza, rodeado por tres adolescentes armados con cuchillos. Disocié el dolor de sus puñaladas en las manos y no sentí el menor miedo mientras negociaba tranquilamente para que me devolvieran la cartera vacía. Supongo que no desarrollé un TEPT, en parte, porque sentía curiosidad por esa experiencia que había estudiado tan de cerca en otras personas, y en parte también porque me hice ilusiones de que podría hacer un retrato de mis atacantes para mostrárselo a la policía. Obviamente, nunca les pillaron, pero mi fantasía de venganza seguramente me aportó una satisfactoria sensación de agencia.

Las personas traumatizadas no son tan afortunadas y se sienten separadas de su cuerpo. Una descripción especialmente buena de la despersonalización es la del psicoanalista alemán Paul Schilder, que en 1928 escribió en Berlín:[24] «Para las personas despersonalizadas, el mundo parece raro, peculiar, extraño, onírico. En ocasiones, los objetos son de un tamaño extrañamente pequeño, en ocasiones planos. Los sonidos parecen venir de lejos… Del mismo modo, las emociones también sufren una notable alteración. Los pacientes se quejan de que no pueden experimentar ni dolor ni placer. Se han convertido en unos extraños para sí mismos».

Me fascinó saber que un grupo de neurocientíficos de la Universidad de Ginebra[25] había inducido similares experiencias extracorpóreas suministrando suaves corrientes eléctricas en un punto concreto del cerebro, en la unión temporal parietal. En una paciente, le provocó la sensación de estar suspendida en el techo, mirando hacia su cuerpo; en otra indujo la inquietante sensación de que había alguien detrás de ella. Esta investigación confirma lo que nos dicen nuestros pacientes: que el yo se puede separar del cuerpo y

vivir una existencia fantasmal por sí mismo. Del mismo modo, Lanius y Frewen, así como un grupo de investigadores de la Universidad de Groningen (Países Bajos)[26] realizaron escáneres cerebrales a personas que habían disociado su terror y descubrieron que los centros cerebrales del miedo simplemente se desconectaban en cuanto recordaban el acontecimiento.

HACERNOS AMIGOS DE NUESTRO CUERPO

Las víctimas de traumas no pueden recuperarse hasta que se familiarizan y aceptan las sensaciones de su cuerpo. Estar asustado significa vivir en un cuerpo que siempre está en guardia. La gente enfadada vive en cuerpos enfadados. El cuerpo de las víctimas de maltrato infantil está tenso y a la defensiva hasta que encuentran el modo de relajarse y sentirse seguros. Para cambiar, la gente debe ser consciente de sus sensaciones y del modo en que su cuerpo interactúa con el mundo que los rodea. La autoconcienciación física es el primer paso para liberarse de la tiranía del pasado.

¿Cómo puede abrirse la gente y explorar su mundo interior de sensaciones y emociones? En mi consulta, inicio este proceso ayudando a mis pacientes primero a notar y luego a describir las sensaciones corporales que sienten (no las emociones como ira o ansiedad o miedo, sino las sensaciones físicas detrás de las emociones: presión, calor, tensión muscular, hormigueo, colapso, vacío, etc.). También trabajo en la identificación de las sensaciones asociadas con la relajación o el placer. Les ayudo a ser conscientes de su respiración, sus gestos y movimientos. Les pido que presten atención a los cambios sutiles de su cuerpo, como la presión en el pecho o el mordisqueo en la barriga cuando hablan de acontecimientos negativos que dicen que no les afectaron.

Notar sensaciones por primera vez puede resultar bastante angustiante, y puede precipitar unos *flashbacks* en los que la gente se acurruca o adopta posturas defensivas. Son representaciones somáticas de traumas no digeridos y, en la mayoría de las ocasiones, representan las posturas que adoptaron cuando se produjo el trauma. Las imágenes y las sensaciones físicas pueden inundar a los pacientes en ese momento, y el terapeuta debe estar familiarizado con maneras de contener ese torrente de sensaciones y emociones para evitar que vuelvan a traumatizarse al acceder al pasado. (Los maestros de escuela, enfermeros y agentes de policía suelen ser buenos calmando las reacciones de terror porque muchos de ellos se ven

confrontados casi a diario con personas fuera de control o dolorosamente desorganizadas).

Demasiado a menudo, sin embargo, se recetan fármacos como Abilify, Zyprexa y Seroquel en lugar de enseñar a la gente las técnicas para manejar estas reacciones físicas angustiantes. Obviamente, los medicamentos solo mitigan las sensaciones y no hacen nada para resolverlas o convertirlas de agentes tóxicos en aliados.

La manera más natural de que los seres humanos se calmen cuando están alterados es aferrándose a otra persona. Esto significa que los pacientes que han sido atacados física o sexualmente se enfrentan a un dilema: anhelan desesperadamente el contacto, pero al mismo tiempo, el contacto físico los aterra. Deben reeducar su mente para sentir las sensaciones físicas, y deben ayudar a su cuerpo a tolerar y a disfrutar de los beneficios del contacto. Las personas que carecen de conciencia emocional son capaces, con la práctica, de conectar sus sensaciones físicas con los acontecimientos psicológicos. Luego, poco a poco, pueden volver a conectar consigo mismas.[27]

CONECTAR CON UNO MISMO, CONECTAR CON LOS DEMÁS

Terminaré este capítulo con un último estudio que demuestra el coste de perder nuestro cuerpo. Después de que Ruth Lanius y su grupo escanearan el cerebro en reposo, se centraron en otra pregunta del día a día: ¿qué sucede en las personas con un trauma crónico cuando mantienen un contacto cara a cara?

Muchos pacientes que vienen a mi consulta son incapaces de mantener un contacto visual. Inmediatamente me doy cuenta de su aflicción por su dificultad para cruzarse con mi mirada. Siempre se sienten repugnantes y no soportan que yo vea lo despreciables que son. Nunca había visto que estos intensos sentimientos de vergüenza se reflejaran en una activación cerebral anómala. Ruth Lanius demostró de nuevo que la mente y el cerebro son indistinguibles: lo que sucede en uno queda registrado en el otro.

Ruth compró un caro dispositivo que presenta un personaje en video a la persona que está en el escáner. (En este caso, el personaje se parecía al amable Richard Gere). La figura puede aproximarse de cara (mirando directamente a la persona) o en un ángulo de 45° desviando la mirada. Así se pueden comparar los efectos del contacto visual directo sobre la activación

cerebral con los efectos de la mirada desviada.[28]

La diferencia más llamativa entre los controles normales y los supervivientes de un trauma crónico estuvo en la activación de la corteza prefrontal en respuesta a la mirada directa. La corteza prefrontal (CPF) normalmente nos ayuda a evaluar a la persona que se nos acerca, y nuestras neuronas espejo nos ayudan a identificar sus intenciones. Sin embargo, los sujetos con TEPT no activaron ninguna parte de su lóbulo frontal, lo cual significa que no mostraron ninguna curiosidad hacia el desconocido. Simplemente reaccionaron con una activación intensa dentro de su cerebro emocional, en las áreas primitivas conocidas como «sustancia gris periacueductal», que genera los sobresaltos, la hipervigilancia, el encogimiento y otros comportamientos autoprotectores. No hubo activación de ninguna parte del cerebro implicada en la interacción social. Como respuesta al hecho de ser mirados, simplemente pasaron al modo de supervivencia.

¿Qué significa esto con respecto a su capacidad de hacer amigos y de llevarse bien con los demás? ¿Qué significa para su terapia? ¿Pueden las personas con TEPT confiar a un terapeuta sus miedos más profundos? Para tener relaciones verdaderas debemos poder percibir a los demás como personas individuales, cada cual con sus motivaciones e intenciones particulares. Aunque necesitamos poder sostenernos por nosotros mismos, también necesitamos reconocer que las otras personas tienen sus propias agendas. El trauma puede hacer que todo esto parezca borroso y gris.

PARTE 3

LA MENTE DE LOS NIÑOS

CAPÍTULO 7

PONERSE EN LA MISMA LONGITUD DE ONDA: APEGO Y SINTONIZACIÓN

> Las raíces de la resiliencia deben buscarse en la sensación de ser comprendidos y de existir en la mente y en el corazón de otra persona amada, sintonizada y dueña de sí misma.
>
> –Diana Fosha

La Clínica Infantil del Centro de Salud Mental de Massachusetts estaba repleta de niños perturbados y perturbadores. Eran criaturas salvajes que no podían quedarse quietas y que pegaban y mordían a otros niños, en ocasiones incluso al personal. Venían corriendo hacia ti, se te pegaban y luego salían corriendo aterrorizados. Algunos se masturbaban compulsivamente; otros golpeaban cosas, a mascotas, a sí mismos. Estaban sedientos de afecto pero, al mismo tiempo, también enfadados y desafiantes. Las niñas en especial podían ser dolorosamente dóciles. Ni los que llevaban siempre la contraria ni los más inseguros parecían ser capaces de explorar o de jugar como hacen habitualmente los niños de su edad. Algunos apenas habían desarrollado conciencia sobre sí mismos, no podían ni reconocerse en un espejo.

En esa época, yo sabía muy poco sobre niños, aparte de lo que mis dos hijos en edad preescolar me estaban enseñando. Pero tenía la suerte de contar con mi compañera Nina Fish-Murray, que había estudiado con Jean Piaget en Ginebra y había criado a cinco hijos. Piaget basaba sus teorías sobre desarrollo infantil en la observación directa y meticulosa de los propios niños, empezando por sus propios hijos, y Nina aportó este espíritu al incipiente Trauma Center del MMHC.

Nina estaba casada con el antiguo presidente del Departamento de Psicología de Harvard, Henry Murray, uno de los pioneros de la teoría de la personalidad, y apoyaba activamente a todos los jóvenes profesores que compartían sus intereses. Le fascinaban mis historias sobre los veteranos de guerra porque le recordaban a los niños trastornados con los que trabajaba en las escuelas públicas de Boston. La posición privilegiada de Nina y su encanto personal nos dieron acceso a la Clínica Infantil, dirigida por unos psiquiatras infantiles poco interesados en los traumas.

Henry Murray se había hecho famoso, entre otras cosas, por diseñar el Test de Apercepción Temática, ampliamente usado. El TAT es lo que se llama un *test proyectivo*, que se basa en un conjunto de cartas para descubrir cómo la realidad interior de las personas conforma su visión del mundo. A diferencia de las tarjetas Rorschach que usábamos con los veteranos, las tarjetas TAT representan escenas realistas pero ambiguas y en cierto modo inquietantes: un hombre y una mujer mirándose con tristeza, un niño mirando un violín roto. Se pide a los sujetos que cuenten historias sobre lo que está sucediendo en la foto, qué ha sucedido antes y qué sucederá después. En la mayoría de los casos, sus interpretaciones revelan rápidamente los temas que les preocupan.

Nina y yo decidimos crear un conjunto de tarjetas específicamente para niños, basadas en imágenes que recortamos de revistas de la sala de espera de la clínica. Nuestro primer estudio comparó a doce niños de entre seis y once años de la clínica con un grupo de niños de una escuela cercana que se les parecían al máximo en términos de edad, raza, inteligencia y constelación familiar.[1] Lo que diferenciaba a nuestros pacientes era los malos tratos que habían sufrido en su familia. Incluían a un niño magullado por los golpes asestados repetidamente por su madre; una niña cuyo padre abusaba sexualmente de ella cuando tenía cuatro años; dos niños que habían sido repetidamente atados a una silla y azotados; y una niña que, con cinco años, había visto cómo violaban, descuartizaban, quemaban y ponían en el

maletero de un coche a su madre (una prostituta). Se sospechaba que el proxeneta de la madre abusaba sexualmente de la niña.

Los niños de nuestro grupo de control también vivían en la pobreza en una zona deprimida de Boston, donde regularmente eran testigos de una violencia impactante. Mientras realizábamos el estudio, un chico de su escuela echó gasolina sobre un compañero de clase y le prendió fuego. Otro cayó en medio de fuego cruzado mientras iba andando a la escuela con su padre y un amigo. Le hirieron en la ingle, y su amigo murió. Teniendo en cuenta su exposición a este nivel basal de violencia tan elevado, ¿variarían sus respuestas ante las tarjetas con respecto a las de los niños hospitalizados?

Una de nuestras tarjetas mostraba una escena familiar: dos niños sonrientes mirando a su padre reparando un coche. Todos los niños que la miraron mencionaron el peligro para el hombre que estaba bajo el vehículo. Mientras que los niños control contaron historias con finales benignos (el coche se reparaba y el papá y los hijos quizás iban luego al McDonald's) los niños traumatizados contaron unas historias espantosas. Una niña dijo que la niña de la foto estaba a punto de abrirle la cabeza al padre con un martillo. Un niño de nueve años que había sufrido malos tratos físicos graves contó una historia elaborada sobre cómo el niño de la foto quitaba de un puntapié el gato del coche de manera que el vehículo aplastaba al padre y su sangre manchaba todo el garaje.

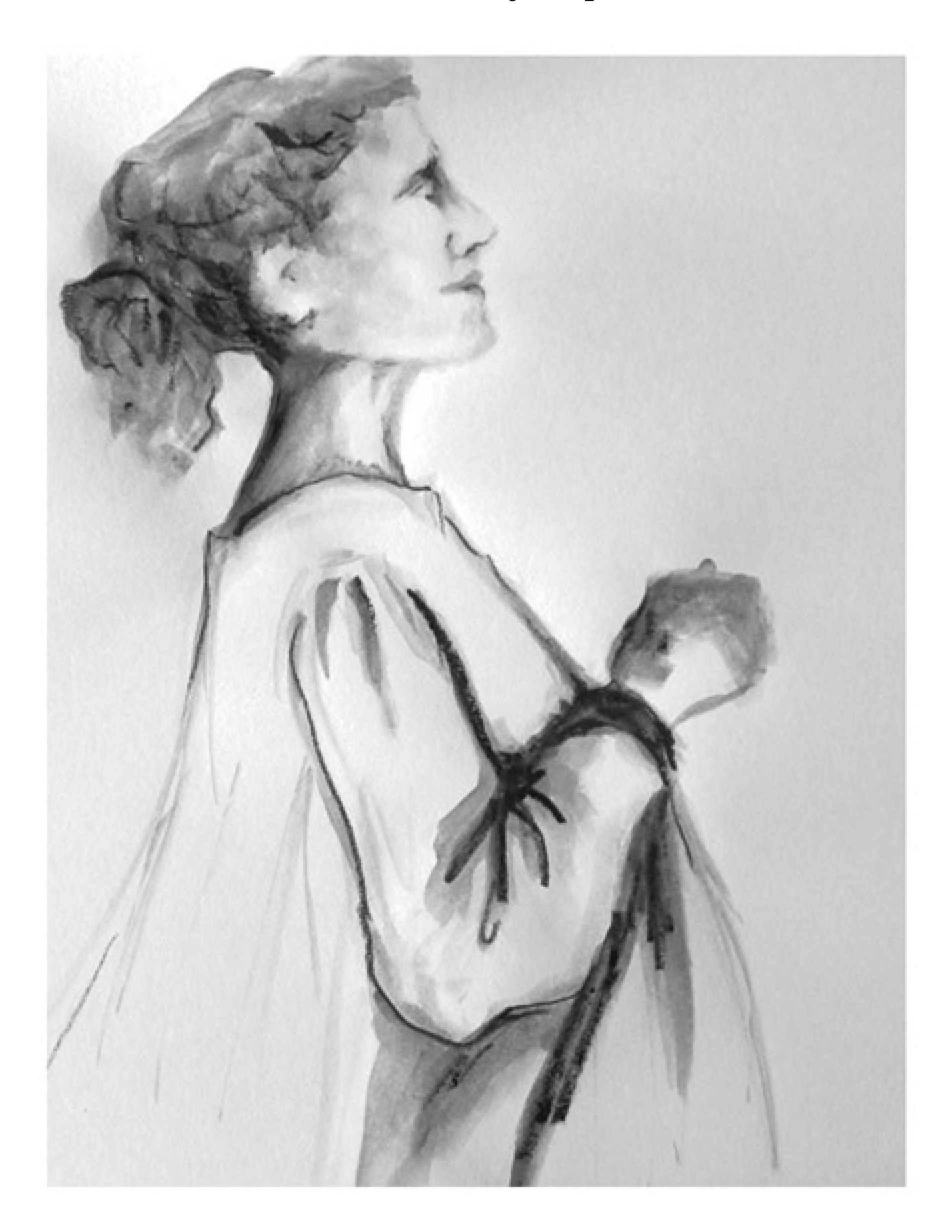
Al contarnos estas historias, nuestros pacientes mostraban mucha agitación y desorganización. Tuvimos que hacer varios descansos para ir a la fuente de agua y a pasear un poco antes de mostrarles la tarjeta siguiente. No era de extrañar que casi todos ellos hubieran sido diagnosticados de TDAH, y la mayoría tomaba Ritalin, aunque el fármaco obviamente no parecía disminuir su activación en esta situación.



Los niños maltratados dieron respuestas similares ante una imagen aparentemente inocua de la silueta de una mujer embarazada frente a una ventana. Cuando se la mostramos a la niña de siete años que había sufrido abusos sexuales a los cuatro años, habló de penes y de vaginas y formulaba repetidamente a Nina preguntas como «¿A cuánta gente te has follado?». Como varias de las otras niñas del estudio que habían sufrido abusos sexuales, se alteró tanto que tuvimos que parar. Una niña de siete años del grupo de control captó el tono melancólico de la imagen: su historia era sobre una viuda que miraba triste por la ventana al echar de menos a su marido. Pero, al final, la mujer encontraba a un hombre cariñoso que era un buen padre para su bebé.

Tarjeta tras tarjeta, vimos que, a pesar de su estado de alerta frente a los problemas, los niños que no habían sido víctimas de abusos seguían confiando en un universo esencialmente benigno; podían imaginar salidas a las situaciones malas. Parecían sentirse protegidos y seguros en su propia

familia. También se sentían amados por al menos uno de sus dos progenitores, lo cual parecía marcar una diferencia sustancial en su buena disposición a realizar las tareas escolares y a aprender.



Las respuestas de los niños de la clínica fueron alarmantes. Las imágenes más inocentes les removían intensos sentimientos de peligro, agresión, excitación sexual y terror. No habíamos seleccionado esas imágenes porque tuvieran algún significado oculto que las personas sensibles pudieran descubrir; eran imágenes ordinarias de la vida diaria. No pudimos más que concluir que, para los niños maltratados, el mundo entero está repleto de detonantes. Mientras solo imaginen resultados desastrosos para situaciones

relativamente benignas, cualquier persona que entre en una habitación, cualquier extraño, cualquier imagen en una pantalla o en una valla publicitaria puede percibirse como el presagio de una catástrofe. Ante esto, el comportamiento extraño de los niños de la clínica infantil tenía absoluto sentido.[2]

Para mi sorpresa, las conversaciones del personal de la unidad raramente mencionaban las horribles experiencias reales de los niños y el impacto de esos traumas en sus sentimientos, en su pensamiento, en su autorregulación. En lugar de eso, sus historiales médicos estaban repletos de etiquetas diagnósticas: «trastorno de la conducta» o «trastorno desafiante oposicionista» para los niños rabiosos o rebeldes; o «trastorno bipolar». El TDAH era un diagnóstico «comórbido» en casi todos. ¿Acaso el trauma subyacente quedaba oculto tras esta nube de diagnósticos?

Ahora, estábamos ante dos grandes retos. Uno era descubrir si las diferentes visiones del mundo de los niños normales podían explicar su resiliencia y, a un nivel más profundo, cómo crea en realidad cada niño su mapa del mundo. La otra pregunta, igual de crucial, era: ¿es posible ayudar a la mente y al cerebro de los niños maltratados a redibujar sus mapas interiores e incorporar la sensación de esperanza y de confianza en el futuro?

HOMBRES SIN MADRES

El estudio científico sobre la relación vital entre hijos y madres fue iniciada por unos ingleses de clase alta que fueron separados de sus familias siendo niños y enviados a internados, donde crecieron en un entorno reglamentado con otros niños de su mismo género. La primera vez que visité la conocida Clínica Tavistock de Londres pude ver la colección de fotografías en blanco y negro de esos grandes psiquiatras del siglo XX colgadas de una pared que llevaba hasta las escaleras principales: John Bowlby, Wilfred Bion, Harry Guntrip, Ronald Fairbairn y Donald Winnicott. Cada uno de ellos, a su manera, había explorado cómo nuestras primeras experiencias se convierten en el prototipo de todas las conexiones que posteriormente mantendremos con las demás personas, y cómo la percepción más íntima de nosotros mismos se crea a partir de los intercambios que mantenemos minuto a minuto con nuestros cuidadores.

Los científicos estudian lo que más los desconcierta, de modo que a menudo se vuelven expertos en temas que otras personas dan por supuestos.

(O como la investigadora sobre el apego Beatrice Beebe me dijo en una ocasión, «La mayor parte de la investigación es una búsqueda de nosotros mismos»). Esos hombres que estudiaron el papel de las madres en la vida de los hijos también fueron enviados a un internado a una edad vulnerable, en ocasiones entre los seis y los diez años, mucho antes de que les tocara enfrentarse solos al mundo. El propio Bowlby me dijo que esas experiencias en el internado probablemente inspiraran la novela *1984* de George Orwell, que expresa brillantemente cómo se puede inducir a los seres humanos a sacrificar todo lo que consideran querido y verdadero (incluida la percepción de sí mismos) con tal de ser amados y recibir la aprobación de alguien que está en una posición de autoridad.

Como Bowlby era amigo íntimo de los Murrays, tuve la oportunidad de hablar con él sobre su trabajo cada vez que él visitaba Harvard. Nació en una familia aristocrática (su padre era cirujano de la casa del rey) y estudió Psicología, Medicina y Psicoanálisis en los templos de la clase dirigente británica. Tras estudiar en la Universidad de Cambridge, trabajó con chicos delincuentes en el East End de Londres, un barrio notoriamente duro y criminalizado que quedó muy destruido durante el bombardeo alemán de la ciudad. Durante la II Guerra Mundial y después de haber servido en ella, observó los efectos de las evacuaciones en época de guerra y de las guarderías grupales que separaban a los niños pequeños de sus familias. También estudió el efecto de la hospitalización, y mostró que incluso las separaciones breves (en aquella época, los padres no podían quedarse con los hijos por la noche) causaban sufrimiento a los niños. A finales de los años cuarenta, Bowlby se convirtió en persona *non grata* para la comunidad de psicoanálisis británica, a resultas de su opinión radical de que el comportamiento trastornado de los niños era una respuesta a sus experiencias vitales reales (abandono, maltrato y separación) más que producto de unas fantasías sexuales infantiles. Impertérrito, dedicó el resto de su vida a desarrollar lo que se acabó conociendo como *teoría del apego*.[3]

UNA BASE SEGURA

Cuando llegamos a este mundo, lloramos para anunciar nuestra presencia. En seguida, alguien interactúa con nosotros, nos baña, nos envuelve y nos llena el estómago y, en el mejor de los casos, nuestra madre puede que nos ponga encima de su barriga o en su pecho para mantener un delicioso contacto piel

con piel. Somos criaturas profundamente sociales; nuestra vida consiste en encontrar nuestro sitio en la comunidad de seres humanos. Me encanta la expresión del gran psiquiatra francés Pierre Janet: «Cada vida es una obra de arte, creada con todos los medios disponibles».

Al crecer, aprendemos progresivamente a hacernos cargo de nosotros mismos, tanto física como emocionalmente, pero aprendemos las primeras lecciones de autocuidado a partir del modo en que nos cuidan. El dominio de la capacidad de autorregulación depende en gran medida de lo armónicas que fueron nuestras primeras interacciones con nuestros cuidadores. Los niños cuyos padres son fuente fiable de consuelo y fuerza tienen una ventaja vitalicia, una especie de tampón contra lo peor que el destino les puede deparar.

John Bowlby se dio cuenta de que a los niños les cautivan los rostros y las voces y que son exquisitamente sensibles a la expresión facial, la postura, el tono de voz, los cambios fisiológicos, el tempo de movimiento y la acción incipiente. Observó esta capacidad innata como producto de la evolución, esencial para la supervivencia de estas criaturas indefensas. Los niños también están programados para elegir a un adulto en concreto (o a varios) con el que desarrollan su sistema de comunicación natural. Ello crea un vínculo de apego primario. Cuanto más responde el adulto al niño, más profundo es el apego y más probable será que el niño desarrolle formas saludables de responder a la gente que le rodea.

Bowlby visitaba con frecuencia el Regent’s Park de Londres, donde realizaba observaciones sistemáticas de las interacciones entre los niños y sus madres. Mientras las madres estaban tranquilamente sentadas en un banco del parque, tejiendo o leyendo el periódico, los niños se separaban para explorar, mirando ocasionalmente por encima del hombro para asegurarse de que mamá seguía vigilando. Pero cuando un extraño se paraba y captaba el interés de las mamás con el último cuchicheo, los niños volvían corriendo hacia las madres y permanecían cerca de ellas, asegurándose así de seguir teniendo su atención. Cuando los bebés y los niños pequeños notan que sus madres no están totalmente centradas en ellos, se ponen nerviosos. Cuando desaparecen de su vista, pueden ponerse a llorar desconsoladamente, pero cuando regresan, se calman y siguen jugando.

Bowlby consideraba el apego como la base segura desde la que un niño sale al mundo. En las últimas cinco décadas, la investigación ha establecido claramente que tener un refugio seguro fomenta la autosuficiencia e inculca

una sensación de solidaridad y de amabilidad hacia las personas que sufren. Desde lo más íntimo del dar y del recibir del vínculo de apego, los niños aprenden que las otras personas tienen sentimientos y pensamientos que son similares y diferentes a los suyos. En otras palabras, «se sincronizan» con su entorno y con las personas que los rodean y desarrollan el autoconocimiento, la empatía, el control de los impulsos y la automotivación que les permite convertirse en miembros de la sociedad que contribuyen a la cultura social más amplia. Estas eran las cualidades de las que carecían dolorosamente los niños de nuestra clínica infantil.

LA DANZA DE LA SINTONIZACIÓN

Los niños desarrollan el apego hacia la persona que actúa como su cuidador principal. Pero la naturaleza de este apego (si es seguro o inseguro) marca una gran diferencia a lo largo de la vida del niño. El apego seguro se desarrolla cuando los cuidados incluyen una sintonización emocional. La sintonización empieza en los niveles más sutiles de interacción entre los bebés y sus cuidadores, y les aporta a los bebés la sensación de que los conocen y los comprenden. Como afirma el investigador sobre el apego Colwyn Trevarthen, de Edimburgo: «El cerebro coordina los movimientos corporales rítmicos y los guía para que actúen de modo afín con el cerebro de otras personas. Los niños escuchan y aprenden la musicalidad a partir del habla de la madre, incluso antes de nacer».[4]

En el capítulo 4 describí el descubrimiento de las neuronas espejo, las relaciones cerebro a cerebro que nos dan la capacidad de ser empáticos. Las neuronas espejo empiezan a funcionar en cuanto los bebés nacen. Cuando el investigador Andrew Meltzoff de la Universidad de Oregón fruncía los labios o sacaba la lengua ante niños de seis horas de vida, estos en seguida imitaban sus acciones.[5] (Los recién nacidos pueden centrar la mirada solo en objetos que estén a 20 o 30 cm, suficiente para ver a la persona que los sostiene). La imitación es nuestra habilidad social más fundamental. Garantiza que captemos y reflejemos inmediatamente el comportamiento de nuestros padres, nuestros maestros y nuestros semejantes.

La mayoría de los padres se relacionan con sus bebés de un modo tan espontáneo que casi no son conscientes de cómo se produce esta sintonización. Pero la invitación de un amigo, el investigador sobre el apego Ed Tronick, me permitió observar este proceso más de cerca. A través de un

cristal de visión unilateral del laboratorio de Desarrollo Humano de Harvard, pude observar a una madre jugando con su hijo de dos meses, sentado en una sillita de bebés delante de ella.

Se estaban arrullando mutuamente y divirtiéndose mucho, hasta que la madre se inclinó para acariciarle con la nariz y el bebé, con todo su entusiasmo, le tiró del pelo. A la madre le pilló desprevenida y gritó de dolor, apartándole la mano con la cara retorcida por el enfado. El niño la soltó inmediatamente, y ambos se separaron físicamente. Para ambos, la fuente de placer se había convertido en fuente de aflicción. Obviamente asustado, el bebé se llevó las manos a la cara para no ver a su madre enfadada. La madre, a su vez, al darse cuenta de que su bebé estaba mal, se volvió a centrar en él, haciendo sonidos relajantes para calmar la situación. El bebé seguía con los ojos tapados, pero su deseo de conexión pronto reapareció. Empezó mirando un poco para ver si el campo estaba despejado mientras su madre se acercaba a él con una expresión de preocupación. Al empezar a hacerle cosquillas en la barriga, él bajó los brazos y estalló en una alegre risa, restableciéndose así la armonía. Bebé y madre volvían a estar en sincronía. Toda esta secuencia de placer, ruptura, reparación y placer de nuevo duró aproximadamente menos de doce segundos.

Tronick y otros investigadores han demostrado que cuando los bebés y sus cuidadores están en sincronía a nivel emocional, también lo están físicamente.[6] Los niños no pueden regular sus estados emocionales, todavía menos los cambios de ritmo cardiaco, los niveles hormonales o la actividad del sistema nervioso que acompaña las emociones. Cuando un niño está en sincronía con su cuidador, su alegría y su conexión se reflejan en su ritmo cardiaco estable y en un nivel inferior de hormonas de estrés. Su cuerpo está tranquilo, igual que sus emociones. En cuanto esta música se altera (como suele pasar cualquier día normal) todos estos factores fisiológicos cambian también. Podemos saber que el equilibrio se ha restaurado cuando la fisiología se calma.

Calmamos a los bebés, pero los padres pronto empiezan a enseñar a sus hijos a tolerar niveles superiores de activación, una tarea que suele asignarse a los padres. (En una ocasión escuché al psicólogo John Gottman decir que «las madres acarician y los padres empujan»). Aprender a manejar la activación es una habilidad clave para la vida, y los padres deben hacerlo para sus bebés antes de que los bebés puedan hacerlo por sí mismos. Si la sensación de mordisqueo en la barriga hace que el niño llore, en seguida llega

el pecho o el biberón. Si está asustado, alguien le mece hasta que se calma. Si los intestinos entran en erupción, alguien le limpia y le seca. Asociar sensaciones intensas con la seguridad, el confort y el dominio es la base de la autorregulación, de la autorrelajación y de la autocrianza, un tema que retomaré más adelante en este libro. Un apego seguro combinado con el cultivo de la competencia crea un *centro interno de control*, el factor clave para el manejo saludable a lo largo de la vida.[7] Los niños con un apego seguro aprenden qué les hace sentir bien; descubren qué les hace sentirse mal (a ellos y a los demás), y adquieren una sensación de agencia: aprenden que sus acciones pueden cambiar cómo se sienten y cómo responden los demás. Los niños con un apego seguro aprenden la diferencia entre las situaciones que pueden controlar y las situaciones en las que necesitan ayuda. Aprenden que pueden jugar un papel activo cuando se enfrentan a situaciones difíciles. En cambio, los niños con historias de abusos y abandono aprenden que su terror, sus ruegos y sus lloros no quedan registrados en sus cuidadores. Nada de lo que hagan detiene los golpes ni suscita atención ni ayuda. En realidad, están siendo condicionados a darse por vencidos cuando se enfrenten a retos más adelante en su vida.

VOLVERSE REAL

El pediatra y psicoanalista Donald Winnicott, contemporáneo de Bowlby, es el padre de los estudios modernos sobre la sincronización. Sus minuciosas observaciones de madres e hijos empezaban con el modo en que las madres sostenían a sus bebés. Sugería que estas interacciones físicas establecían la base para la percepción del yo del bebé (y con ello la sensación de identidad para toda su vida). El modo en que una madre sostiene a su hijo es la base de «la capacidad de sentir el cuerpo como el lugar en el que vive la psique».[8] Esta sensación visceral y cenestésica de cómo se unen nuestros cuerpos establece la base de lo que experimentamos como «real».[9]

Winnicott pensaba que la gran mayoría de las madres se sincronizaba bien con sus bebés; no hace falta un talento extraordinario para ser lo que él llamaba «suficiente buena madre».[10] Pero las cosas pueden ir realmente mal cuando las madres no pueden sintonizar con la realidad física de su bebé. Si una madre no puede satisfacer los impulsos y las necesidades de su bebé, «el bebé aprende a ser la idea que la madre tiene sobre él». Al tener que descartar sus sensaciones internas e intentar ajustarse a las necesidades de su cuidador,

el niño percibe que «hay algo malo» en su manera de ser. Los niños que carecen de sintonía física son vulnerables a desconectar el retorno directo de su cuerpo, el centro del placer, el propósito y la dirección.

En los años posteriores a la introducción de las ideas de Bowlby y Winnicott, la investigación sobre el apego en todo el mundo ha demostrado que la gran mayoría de los niños tienen un apego seguro. Cuando crecen, su pasado de cuidados fiables y responsables les ayuda a mantener a raya el miedo y la ansiedad. A menos que acaben expuestos a un acontecimiento vital abrumador (un trauma) que rompa su sistema autorregulatorio, mantendrán un estado fundamental de seguridad emocional a lo largo de su vida. El apego seguro también forma una plantilla para las relaciones de los hijos. Captan lo que sienten los demás y pronto aprenden a diferenciar el juego de la realidad, y desarrollan una buena intuición para detectar las situaciones falsas o las personas peligrosas. Los niños con un apego seguro generalmente se convierten en agradables compañeros de juego y tienen muchas experiencias de autoafirmación con sus semejantes. Al haber aprendido a sintonizarse con otras personas, suelen apreciar los cambios sutiles en la voz y en el rostro de los demás y adaptan su comportamiento en consecuencia. Aprenden a vivir dentro de una visión del mundo compartida y es probable que se conviertan en miembros valiosos de la comunidad.

Esta espiral hacia arriba, sin embargo, puede invertirse con el maltrato o el abandono. Los niños víctimas de abusos suelen ser muy sensibles a los cambios en las voces o los rostros, pero suelen responder a ellos como amenazas en lugar de como pistas para permanecer sincronizados. El doctor Seth Pollak de la Universidad de Wisconsin mostró una serie de rostros a un grupo de niños normales de ocho años y comparó sus respuestas con las de un grupo de niños maltratados de la misma edad. Al mirar este espectro de expresiones, de enfadadas a tristes, los niños maltratados estuvieron hiperalerta ante los menores rasgos de ira.[11]

Esta es una de las razones por las que los niños maltratados se ponen tan fácilmente a la defensiva o se asustan. Imagine cómo debe de ser atravesar un mar de rostros en el pasillo de la escuela, intentando adivinar quién puede atacarnos. Los niños que reaccionan excesivamente a la agresión de sus semejantes, que no captan las necesidades de los otros niños, que se desconectan fácilmente o pierden el control de sus impulsos, es probable que los aparten y no los inviten a las fiestas del pijama o a jugar. A la larga, pueden aprender a disimular su miedo poniendo una fachada de duros. O

puede que pasen cada vez más tiempo solos, mirando la televisión o jugando en el ordenador, quedándose incluso atrás a nivel de las habilidades interpersonales y la autorregulación emocional.



COPYRIGHT © 2000, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

La necesidad de apego nunca disminuye. La mayoría de los seres humanos simplemente no pueden tolerar estar sin interactuar con los demás durante cierto periodo de tiempo. Las personas que no pueden conectar a través del trabajo, de los amigos o de la familia suelen encontrar otras formas de vincularse, como a través de enfermedades, pleitos o riñas familiares. Cualquier cosa es preferible a esta maldita sensación de irrelevancia y aislamiento.

Hace unos años, en Nochebuena, me llamaron para examinar a un chico de catorce años en la prisión del condado de Suffolk. Jack había sido arrestado por entrar en casa de unos vecinos que se habían ido de vacaciones. La alarma antirrobo estaba sonando cuando la policía le encontró en el salón.

La primera pregunta que hice a Jack fue quién esperaba que le visitara por Navidad en la prisión. «Nadie –me dijo–. Nunca nadie me presta atención». Resulta que le habían pillado en otros allanamientos muchas veces antes. Conocía a la policía, y la policía le conocía a él. Con cierto deleite en la voz, me dijo que cuando los policías le vieron en medio del salón, gritaron «Vaya, es Jack otra vez, el pequeño hijoputa». Alguien le reconocía, alguien sabía su nombre. Un poco más tarde, Jack confesó: «Sabe, esto es lo que hace que valga la pena». Los niños hacen casi cualquier cosa para sentirse vistos y conectados.

VIVIR CON LOS PADRES QUE TENEMOS

Los niños tienen un instinto biológico para apegarse; no tienen elección. Si sus padres o cuidadores son cariñosos y atentos o distantes, insensibles, los rechazan o abusan de ellos, los niños desarrollarán un modo de hacer frente a ello intentando al menos satisfacer algunas de sus necesidades.

Actualmente podemos evaluar e identificar estas formas de superación de

un modo fiable, gracias sobre todo al trabajo de dos científicas americanas, Mary Ainsworth y Mary Main y sus compañeros, que durante muchos años observaron durante miles de horas a parejas formadas por madres y bebés. Basándose en estos estudios, Ainsworth creó una herramienta de investigación llamada «la extraña situación», que evalúa cómo reacciona un bebé ante la separación temporal de su madre. Igual que Bowlby había observado, los niños con un apego seguro se alteran cuando su madre los deja, pero se muestran encantados cuando regresa, y después de una breve recepción para sentirse seguros de nuevo, se calman y retoman su juego.

Pero con los niños que tienen un apego inseguro, el cuadro es más complicado. Aquellos cuyo cuidador principal no responde o los rechaza aprenden a lidiar con su ansiedad de dos modos distintos. Los investigadores observaron que algunos parecían crónicamente descontentos y exigentes con sus madres, mientras que otros estaban más pasivos y retraídos. En ambos grupos, el contacto con las madres no lograba calmarlos; no retomaban el juego con satisfacción, como sucede en el caso del apego seguro.

En un patrón, llamado «apego de evitación», los niños se muestran como si nada les molestara (no lloran cuando su madre se va y la ignoran cuando regresa). Sin embargo, esto no significa que no les afecte. En realidad, su ritmo cardiaco crónicamente elevado muestra que están en un estado permanente de hiperactivación. Mis compañeros y yo llamamos a este patrón «lidiar sin sentir».[12] A muchas de las madres de los niños de este patrón de evitación parece que no les guste tocar a sus hijos. Les cuesta acunarlos y abrazarlos, y no usan sus expresiones faciales y su voz para crear ritmos de vaivén agradables con sus bebés.

En otro patrón, llamado «apego ansioso» o «ambivalente», los bebés llaman constantemente la atención hacia sí mismos llorando, gritando, aferrándose o chillando. Es el «sentir sin lidiar».[13] Parecen haber llegado a la conclusión de que si no arman un espectáculo, nadie les presta atención. Se alteran mucho cuando no saben dónde está su madre, pero obtienen poco consuelo cuando regresa. Y aunque no parece que disfruten de su compañía, permanecen pasiva o airadamente centrados en ella incluso en situaciones en que otros niños preferirían jugar.[14]

Los investigadores del apego piensan que las tres estrategias de apego «organizado» (seguro, de evitación y ansioso) funcionan porque obtienen la mejor atención que un cuidador es capaz de proporcionar. Los niños que cuentan con un modelo de atención coherente (aunque esté marcado por una

distancia emocional o la insensibilidad) pueden adaptarse para mantener la relación. Esto no significa que no haya problemas: los patrones de apego a menudo persisten hasta la edad adulta. Los niños ansiosos suelen convertirse en adultos ansiosos, mientras que los que tienen un patrón de evitación es probable que se conviertan en adultos alejados de sus propios sentimientos y de los de los demás (como cuando se dice «Unos azotes no tienen nada de malo; a mí me los daban y esto me ha hecho la persona de éxito que soy hoy»). En la escuela, los niños que siguen el patrón de evitación es probable que acosen a otros niños, mientras que los niños ansiosos suelen ser sus víctimas.[15] Sin embargo, el desarrollo no es lineal, y muchas experiencias vitales pueden influir y cambiar estos resultados.

Pero existe otro grupo cuya adaptación es menos estable, un grupo que constituye la mayoría de los niños que tratamos y una proporción sustancial de los adultos que se visitan en las clínicas psiquiátricas. Hace aproximadamente veinte años, Mary Main y sus compañeros de Berkeley empezaron a identificar a un grupo de niños (un 15 % de todos los que estudiaron) que parecían incapaces de saber cómo interactuar con sus cuidadores. El problema crítico era que los propios cuidadores era una fuente de angustia y de terror para ellos.[16]

Los niños en esta situación no tienen a nadie a quien acudir, y se encuentran frente a un dilema irresoluble: necesitan a su madre para sobrevivir, pero al mismo tiempo es una fuente de miedo.[17] No pueden «ni acercarse (la “estrategia” segura y ambivalente) ni cambiar su atención (la “estrategia” de evitación) ni huir».[18] Si observamos a estos niños en la guardería o en un laboratorio de apego, les vemos mirar hacia sus padres al entrar en la sala y luego irse hacia otro lado. Incapaces de elegir entre buscar un acercamiento y evitar al progenitor, pueden mecerse apoyados de manos y de rodillas, parecer que están en trance, quedarse paralizados con los brazos en alto, o levantarse para saludar a su progenitor y luego caerse al suelo. Al no saber quién es seguro o a quién pertenecen, puede que sean muy cariñosos con desconocidos o que no confíen en nadie. Main llamaba a este patrón «apego desorganizado». El apego desorganizado es «el miedo sin solución».[19]

DESORGANIZARSE POR DENTRO

Los padres concienzudos a menudo se alarman cuando descubren la teoría del

apego, y se preocupan de que su impaciencia ocasional o sus lapsos ordinarios de sintonización puedan causar un perjuicio permanente en sus hijos. En la vida real, siempre habrá malentendidos, respuestas inadecuadas y fallos de comunicación. A veces, las madres y los padres no ven bien ciertas señales, o simplemente están preocupados por otros asuntos, y los niños con frecuencia deben descubrir por sí solos cómo calmarse. Dentro de ciertos límites, esto no es ningún problema. Los niños deben aprender a manejar las frustraciones y las decepciones. Con unos cuidadores «suficientemente buenos», los niños aprenden que las conexiones rotas se pueden restablecer. La cuestión crítica es si pueden incorporar una sensación visceral de seguridad con sus padres o con otros cuidadores.[20]

En un estudio de patrones de apego con más de dos mil niños pequeños en entornos de clase media «normales», el 62 % resultó estar seguro, el 15 % mostró un patrón de evitación, el 9 % un patrón ansioso (conocido también como ambivalente) y el 15 % un patrón desorganizado.[21] Resulta interesante observar que este gran estudio mostró que el género del niño y su temperamento básico tienen poco efecto sobre el estilo de apego; por ejemplo, los niños con un carácter «difícil» no tienen más probabilidades de desarrollar un estilo desorganizado. Es más probable que lo estén los niños de grupos socioeconómicos inferiores,[22] cuyos padres a menudo están muy estresados por la inestabilidad económica y familiar.

Los niños que no se sienten seguros en la infancia tienen dificultades en regular su estado de ánimo y sus respuestas emocionales al hacerse mayores. En la guardería, muchos niños desorganizados son agresivos o bien están como «ausentes» o desinteresados, y acaban desarrollando una serie de problemas psiquiátricos.[23] También muestran mayor estrés fisiológico, expresado en el ritmo cardiaco, la variabilidad de este,[24] las respuestas de las hormonas del estrés y unos factores inmunológicos inferiores.[25] ¿Este tipo de desregulación biológica vuelve automáticamente a una situación normal cuando el niño madura o se traslada a un entorno seguro? Por lo que sabemos hasta ahora, no.

El maltrato de los progenitores no es la única causa de apego desorganizado: los padres que están preocupados por su propio trauma, como el maltrato doméstico, una violación o la muerte reciente de un progenitor o un hermano o hermana, también puede ser una situación demasiado inestable emocionalmente para poder ofrecer consuelo y protección.[26]-[27] Si todos los padres necesitan toda la ayuda posible para criar a unos hijos seguros, los

padres traumatizados, en particular, necesitan ayuda para sincronizarse con las necesidades de sus hijos.

A menudo, los cuidadores no se dan cuenta de que no están sincronizados. Recuerdo claramente un vídeo que me enseñó Beatrice Beebe.[28] Mostraba a una madre joven jugando con su bebé de tres meses. Todo estaba yendo bien hasta que el bebé se retiró y giró la cabeza, indicando que necesitaba una pausa. Pero la madre no captó la señal, e intensificó sus esfuerzos para interactuar con él acercándose y levantando la voz. Cuando él retrocedió aún más, ella siguió saltando y tocándolo. Finalmente, el bebé empezó a gritar, momento en el que la madre le hizo de menos y se fue, aparentemente alicaída. Obviamente, se sentía fatal, pero simplemente se le habían pasado por alto unas señales importantes. Es fácil imaginar cómo este tipo de falta de sincronización, repetida una y otra vez, puede conducir progresivamente a una desconexión crónica. (Cualquiera que haya criado a un bebé con cólicos o hiperactivo sabe lo rápido que aumenta el estrés cuando nada de lo que haces parece marcar ninguna diferencia). Es probable que la madre, al no lograr calmar nunca a su bebé ni establecer una interacción cara a cara satisfactoria con él, acabe percibiéndole como a un bebé difícil que le hace sentir fracasada, y dejará de intentar confortar a su hijo.

En la práctica, a menudo es difícil distinguir los problemas resultantes de un apego desorganizado de los resultantes de un trauma: suelen estar entrelazados. Mi compañera Rachel Yehuda estudió las tasas de TEPT en adultos de Nueva York que habían sufrido algún ataque o una violación.[29] Aquellos cuyas madres eran supervivientes del Holocausto y tenían TEPT tenían una tasa significativamente superior de problemas psicológicos graves después de esas experiencias traumáticas. La explicación más razonable es que su crianza les había dotado de una fisiología vulnerable, y era difícil para ellos poder recuperar el equilibrio después de la violación. Yehuda observó una vulnerabilidad similar en los hijos de mujeres embarazadas que estaban en el World Trade Center ese fatídico día de 2001.[30] Del mismo modo, las reacciones de los niños ante acontecimientos dolorosos están determinadas en gran medida por lo tranquilos o estresados que estén sus padres. Mi antiguo estudiante Glenn Saxe, actualmente presidente del Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente en la Universidad de Nueva York, mostró que cuando los niños estaban hospitalizados para tratarles de quemaduras graves, se podía predecir el desarrollo de un TEPT en función de

lo seguros que se sintieran con sus madres.[31] La seguridad de su apego hacia sus madres determinaba la cantidad de morfina necesaria para controlar su dolor. Cuanto más seguro era el apego, menos analgésicos necesitaban.

Otro compañero, Claude Chemtob, que dirige el Programa de Investigación de Traumas Familiares en el Langone Medical Center de la Universidad de Nueva York, estudió a 112 niños de la ciudad de Nueva York que presenciaron directamente los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001.[32] Los niños cuyas madres fueron diagnosticadas con TEPT o depresión durante su seguimiento tenían seis veces más probabilidades de sufrir problemas emocionales significativos y once veces más de estar hiperagresivos en respuesta a su experiencia. Los niños cuyos padres tenían TEPT, mostraban también problemas conductuales, pero Chemtob descubrió que este efecto era indirecto y se transmitía a través de la madre (vivir con un cónyuge irascible, retraído o aterrado es probable que imponga una carga psicológica importante en la pareja, incluyendo depresión).

Si no tenemos una sensación interna de seguridad, es difícil distinguir entre la seguridad y el peligro. Si nos sentimos crónicamente paralizados, las situaciones potencialmente peligrosas pueden hacernos sentir vivos. Si llegamos a la conclusión de que somos unas personas terribles (¿por qué, si no, nuestros padres nos tratan así?), empezamos a esperar que el resto de personas también nos traten de manera horrible. Probablemente nos lo merecemos y, de todos modos, tampoco podemos hacer nada al respecto. Cuando las personas desorganizadas tienen este tipo de percepción sobre sí mismas, están más predispuestas a quedar traumatizadas por las experiencias subsiguientes.[33]

EFECTOS A LARGO PLAZO DEL APEGO DESORGANIZADO

A principios de los años ochenta, mi compañera Karlen Lyons-Ruth, investigadora de Harvard del apego, empezó a grabar interacciones cara a cara entre madres e hijos a los seis, doce y dieciocho meses. Los volvió a grabar cuando los niños tenían cinco años y de nuevo cuando tenían siete u ocho.[34] Todos pertenecían a familias de alto riesgo: el 100 % cumplía los criterios federales de pobreza, y casi la mitad de las madres eran madres solteras.

El apego desorganizado se presentó de dos maneras distintas: en un

grupo, las madres parecían demasiado preocupadas con sus propios problemas para atender a sus hijos. A menudo eran intrusivas y hostiles; alternaban entre rechazar a sus hijos y esperar que ellos respondieran a *sus* necesidades. En el otro grupo, las madres parecían impotentes y temerosas. A menudo parecían dulces o frágiles, pero no sabían ser el adulto en la relación y parecían querer que sus hijos las consolaran. No saludaban a sus hijos después de haber estado ausentes y no los tomaban en brazos cuando los niños estaban mal. No parecía que lo estuvieran haciendo deliberadamente; simplemente no sabían cómo sintonizarse con sus hijos y responder a sus señales y, por lo tanto, no eran capaces de consolarlos ni hacerles sentir seguros. Las madres hostiles/intrusivas tenían más probabilidades de presentar historias de malos tratos físicos en la infancia o de haber presenciado violencia doméstica, mientras que las madres retraídas/dependientes tenían más probabilidades de presentar historias de abuso sexual o pérdida de algún progenitor (pero no maltrato físico).[35]

Siempre me he preguntado cómo es posible que unos padres maltraten a sus hijos. Después de todo, criar a una descendencia sana es la esencia de la percepción humana de propósito y significado. ¿Qué puede llevar a unos padres a hacer daño o a abandonar deliberadamente a sus hijos? La investigación de Karlen me dio una respuesta: mirando sus videos, pude ver cómo los niños se volvían cada vez más inconsolables, huraños o resistentes a sus madres no sincronizadas. Al mismo tiempo, las madres estaban cada vez más frustradas, derrotadas e incapaces en sus interacciones. Cuando la madre acaba viendo a su hijo no como la otra parte de una relación en sincronía, sino como a un extraño frustrante, irritante y desconectado, es un terreno abonado para el subsiguiente maltrato.

Hace aproximadamente dieciocho años, cuando estos niños tenían unos veinte años, Lyons-Ruth hizo un estudio de seguimiento para ver cómo estaban. Los niños con patrones de comunicación emocional con su madre gravemente alterados a los dieciocho meses de edad crecieron siendo adultos jóvenes con una percepción inestable de sí mismos, con una impulsividad autolesiva (incluyendo un consumismo excesivo, un sexo promiscuo, consumo de sustancias, conducción temeraria y atracones de comida), una ira inapropiada e intensa, y un comportamiento suicida recurrente.

Karlen y sus compañeros esperaban que el comportamiento hostil/intrusivo por parte de las madres fuera el predictor más potente de inestabilidad mental en sus hijos adultos, pero descubrieron lo contrario. El

retraimiento emocional tenía un impacto más profundo y duradero. La distancia emocional y la inversión de roles (cuando las madres esperaban que sus hijos cuidaran de ellas) estaban específicamente relacionados con un comportamiento agresivo contra sí mismos y contra los demás en los jóvenes adultos.

DISOCIACIÓN: SABER Y NO SABER

Lyons-Ruth estaba especialmente interesada en el fenómeno de la disociación, cuya manifestación es sentirse perdido, abrumado, abandonado y desconectado del mundo y verse uno mismo como una persona no querida, vacía, inútil, atrapada y asfixiada. Descubrió una relación «sorprendente e inesperada» entre la desafección materna y la falta de sincronía durante los dos primeros años de vida y los síntomas disociativos en la edad adulta temprana. Lyons-Ruth concluye que los niños que no son realmente vistos ni conocidos por sus madres tienen un mayor riesgo de crecer como adolescentes incapaces de conocer y de ver.[36] Los niños que viven relaciones seguras aprenden a comunicar no solo sus frustraciones y sus aflicciones, sino también su yo emergente (sus intereses, preferencias y objetivos). Recibir una respuesta empática protege a los niños (y a los adultos) de los niveles extremos de activación del miedo. Pero si nuestros cuidadores ignoran nuestras necesidades, o les molesta que existamos, aprendemos a anticipar el rechazo y el retraimiento. Lo manejamos lo mejor que podemos bloqueando la hostilidad o el abandono de la madre como si no importara, pero es probable que nuestro cuerpo permanezca en un estado de alerta elevado, preparado para rebatir los golpes, la privación o el abandono. La disociación significa simultáneamente saber y no saber.[37]

Como Bowlby escribió: «Lo que no se puede comunicar a una madre no se puede comunicar a uno mismo».[38] Si no puedes tolerar lo que sabes o sentir lo que sientes, la única opción es la negación y la disociación.[39] Quizás el efecto a largo plazo más devastador de esta desconexión es no sentirse real por dentro, una patología que vimos en los niños de la clínica infantil y que observamos en los niños y en los adultos que llegan al Trauma Center. Cuando no nos sentimos reales, nada importa, y eso hace que sea imposible protegernos del peligro. O podemos llegar a extremos para intentar sentir *algo*, ya sea cortarnos con una cuchilla de afeitar o liarnos a puñetazos con desconocidos.

La investigación de Karlen demostró que la disociación se aprende pronto: los malos tratos u otros traumas tardíos no daban lugar a síntomas disociativos en los jóvenes adultos.[40] El maltrato y el trauma daban lugar a otros muchos problemas, pero no disociación crónica o agresividad hacia uno mismo. La cuestión subyacente crítica era que estos pacientes no sabían cómo sentirse seguros. La ausencia de seguridad en la relación temprana con su cuidador provocaba una menor sensación de realidad interior, un aferramiento excesivo y un comportamiento autolesivo. La pobreza, la monoparentalidad o los síntomas psiquiátricos maternos no predecían estos síntomas.

Esto no significa que el maltrato infantil sea irrelevante,[41] sino que la calidad de los primeros cuidados es igualmente importante para prevenir problemas de salud mental, independientemente de otros traumas.[42] Por este motivo, el tratamiento debe abordar no solo las huellas de los acontecimientos traumáticos específicos, sino también las consecuencias de no habernos reflejado en ningún espejo, que no se hayan sintonizado con nosotros o que no nos hayan cuidado y querido de manera constante: disociación y pérdida de la autorregulación.

RESTAURAR LA SINCRONÍA

Los patrones de apego tempranos crean los mapas internos que aplicamos en nuestras relaciones a lo largo de la vida, no solo en cuanto a lo que esperamos de los demás, sino también en cuanto al consuelo y placer que podemos experimentar en presencia suya. Dudo que el poeta E. E. Cummings hubiera podido escribir estas dichosas líneas «I like my body when it is with your body… mucles better and nerves more» (Me gusta mi cuerpo cuando está con tu cuerpo… los músculos mejor y los nervios más) si sus primeras experiencias hubieran sido rostros paralizados y miradas hostiles.[43] Nuestros mapas de relaciones son implícitos, están grabados en nuestro cerebro emocional y no son reversibles simplemente comprendiendo cómo se crearon. Podemos darnos cuenta de que nuestro miedo a las relaciones íntimas tiene que ver con la depresión posparto de nuestra madre o con el hecho de que ella hubiera sufrido abusos de pequeña, pero es poco probable que saber esto, por sí solo, nos abra a una interacción feliz y de confianza con los demás.

Sin embargo, saberlo nos puede ayudar a explorar otras vías para

conectarnos en las relaciones, para nosotros mismos y para no transmitir un apego inseguro a nuestros hijos. En la parte 5 describiré varios enfoques para sanar los sistemas de apego dañados mediante el entrenamiento de la ritmicidad y la reciprocidad.[44] Estar en sincronía con uno mismo y con los demás requiere la integración de nuestros sentidos corporales (la visión, el oído, el tacto y el equilibrio). Si esto no sucede en la infancia, tendremos mayores posibilidades de sufrir problemas de integración sensorial más adelante (y el trauma y el abandono no son en absoluto las únicas vías hacia ellos).

Estar en sincronía significa resonar a través de sonidos y movimientos que conectan, que están incrustados en los ritmos diarios sensoriales de cocinar y limpiar, de ir a la cama y de levantarse. Estar en sincronía puede significar compartir rostros alegres y abrazos, expresar placer o desaprobación en los momentos adecuados, pasarse la pelota una y otra vez, o cantar juntos. En el Trauma Center, desarrollamos programas para enseñar a los padres conexión y sincronización, y mis pacientes me han contado otras maneras de sincronizarse, haciendo cosas que van desde cantar en una coral o aprender bailes de salón hasta apuntarse a un equipo de baloncesto, tocar *jazz* en un grupo o unirse a un grupo de música de cámara. Todas estas actividades desarrollan la sensación de sincronización y de placer comunitario.

CAPÍTULO 8

ATRAPADOS EN LAS RELACIONES: EL COSTE DEL MALTRATO Y DEL ABANDONO

> El «descenso a los infiernos» es el viaje hacia las partes de nosotros mismos que están separadas, repudiadas, que son desconocidas, no deseadas, proscritas y exiliadas en los diferentes mundos subterráneos de la conciencia… El objetivo de este viaje es reunirnos con nosotros mismos. Esta vuelta a casa puede ser sorprendentemente dolorosa, incluso brutal. Para realizarla, primero debemos aceptar *no exiliar nada*.
>
> –Stephen Cope

Marilyn era una mujer alta, de aspecto atlético, de treinta y pocos años, que trabajaba como enfermera instrumentalista en una ciudad cercana. Me dijo que unos meses atrás había empezado a jugar al tenis en su club deportivo con un bombero de Boston llamado Michael. Habitualmente se mantenía alejada de los hombres, me dijo, pero poco a poco se había ido sintiendo suficientemente cómoda con Michael como para aceptar sus invitaciones a ir a comer una *pizza* después de los partidos. Hablaban de tenis, de películas, de sus sobrinos y sobrinas…, nada demasiado personal.

Michael disfrutaba claramente de su compañía, pero ella se decía a sí misma que realmente no la conocía.

Un sábado de agosto por la noche, después del tenis y de la *pizza*, ella le invitó a quedarse en su piso. Me dijo sentirse «tensa e irreal» en cuanto se quedaron solos. Recordaba haberle pedido que fueran poco a poco, pero luego no sabía exactamente qué pasó después. Al cabo de algunas copas de vino y una reposición de *Ley y orden*, aparentemente se quedaron dormidos encima de la cama. Aproximadamente a las dos de la mañana, Michael se dio la vuelta dormido. Cuando Marilyn sintió su cuerpo tocando el suyo, explotó, pegándole puñetazos, arañándole y mordiéndole, y gritándole «bastardo, bastardo». Michael, sobresaltado, recogió sus cosas y salió corriendo. Tras su marcha, Marilyn estuvo sentada en su cama durante horas, sorprendida por lo que había sucedido. Se sentía profundamente humillada y se odiaba a sí misma por lo que había hecho, y ahora venía a pedirme ayuda para superar su terror a los hombres y sus inexplicables ataques de rabia.

Mi trabajo con los veteranos me había preparado para escuchar historias dolorosas como la de Marilyn sin intentar saltar en seguida para resolver el problema. La terapia suele empezar con algún comportamiento inexplicable: atacar a un novio en medio de la noche, sentirse aterrorizada cuando alguien te mira fijamente, encontrarte cubierto de sangre después de cortarte con un trozo de vidrio, o vomitar deliberadamente cada comida. Hace falta tiempo y paciencia para permitir que la realidad que está detrás de estos síntomas salga a la luz.

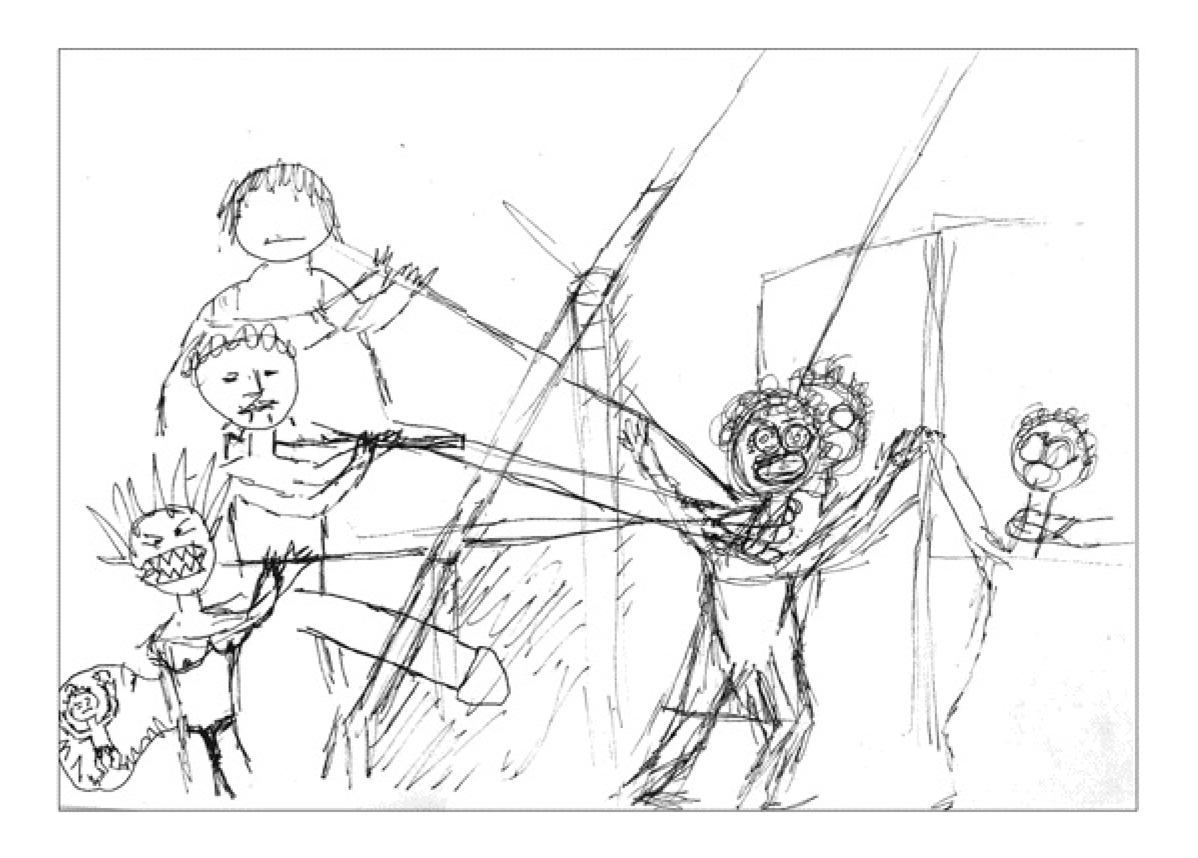
TERROR E INSENSIBILIDAD

Al hablar con ella, Marilyn me contó que Michael era el primer hombre al que invitaba a su casa desde hacía más de cinco años, pero esta no era la primera vez que había perdido el control cuando un hombre pasaba la noche con ella. Repetía que siempre se sentía tensa y atontada cuando estaba a solas con un hombre, y había habido otras ocasiones en las que «volvía en sí» en su apartamento, encogida de miedo en un rincón, incapaz de recordar claramente qué había sucedido.

Marilyn también me dijo que sentía como si estuviera viviendo la vida «mecánicamente». Salvo cuando estaba en el club jugando al tenis o en el quirófano trabajando, solía sentirse entumecida. Unos años atrás descubrió que podía mitigar esta sensación de insensibilidad arañándose con una hoja

de afeitar, pero se asustó al descubrir que cada vez se cortaba más profundamente, más a menudo, para sentir alivio. También lo había intentado con el alcohol, pero esto le recordaba a su padre y a su forma compulsiva de beber, lo cual la hacía sentir despreciable. Así pues, en lugar de eso, jugaba al tenis frenéticamente, siempre que podía. Eso la hacía sentir viva.

Cuando le pregunté sobre su pasado, Marilyn dijo que suponía que «debía de haber tenido» una infancia feliz, pero que recordaba muy pocas cosas de antes de los doce años. Me dijo que debió de ser una adolescente tímida, hasta que tuvo una confrontación violenta con su padre alcohólico a los dieciséis años y se escapó de casa. Se las apañó para estudiar en el instituto de su ciudad y se licenció en Enfermería sin ninguna ayuda de sus padres. Se sentía avergonzada por haberse acostado con cualquiera en esa época, y lo describió como «buscar el amor en los sitios equivocados».



Como suelo hacer con mis nuevos pacientes, le pedí que me dibujara un retrato de su familia, y cuando vi su dibujo (reproducido arriba), decidí ir poco a poco. Marilyn albergaba claramente unos recuerdos terribles, pero no podía permitirse reconocer lo que su propio dibujo revelaba. Había dibujado a una niña salvaje y aterrorizada, atrapada en una especie de jaula y

amenazada no solo por tres figuras horripilantes (una sin ojos), sino también por un enorme pene erecto invadiendo su espacio. Y aun así, esta mujer decía que «debía de haber tenido» una infancia feliz.

Como escribió el poeta W. H. Auden:

Truth, like love and sleep, resents
Approaches that are too intense[1]

(La verdad, como el amor y el sueño, se resiente con miradas demasiado intensas.)

Lo llamo *la regla de Auden* y, de conformidad con ella, decidí deliberadamente no presionar a Marilyn para que me contara lo que recordaba. En realidad, he aprendido que para mí no es importante conocer todos los detalles del trauma de un paciente. Lo crítico es que los propios pacientes aprendan a tolerar sentir lo que sienten y saber lo que saben. Esto puede tardar semanas o incluso años. Decidí empezar el tratamiento de Marilyn invitándola a unirse a un grupo de terapia en el que pudiera encontrar apoyo y aceptación antes de enfrentarse al motor de su desconfianza, vergüenza y rabia.

Como cabía esperar, Marilyn llegó a la primera reunión de grupo pareciendo aterrorizada, más o menos como la chica de su retrato familiar; estaba retraída y no establecía contacto con nadie. Escogí ese grupo para ella porque sus miembros siempre habían ayudado y acogido muy bien a los nuevos miembros que tenían demasiado miedo de hablar. Sabían por experiencia propia que revelar secretos es un proceso gradual. Pero esta vez me sorprendieron, haciéndole tantas preguntas intrusivas sobre su vida amorosa que la situación me recordó su dibujo de la niña siendo atacada. Era casi como si Marilyn inconscientemente hubiera elegido a ese grupo para repetir su pasado traumático. Intervine para ayudarla a establecer algunos límites sobre aquello de lo que hablaría, y empezó a sentirse más cómoda.

Al cabo de tres meses, Marilyn contó al grupo que había tropezado y se había caído varias veces en la acera entre el metro y mi consulta. Temía que la vista empezara a fallarle. También había perdido muchas pelotas de tenis últimamente. Pensé de nuevo en su dibujo y en la niña salvaje con enormes ojos aterrorizados. ¿Acaso era una especie de «reacción de conversión», según la cual los pacientes expresan sus conflictos perdiendo la función de alguna parte de su cuerpo? Muchos soldados en ambas Guerras Mundiales

sufrieron parálisis que no podían achacarse a heridas físicas, y he visto casos de «ceguera de histeria» en México y en la India.

Sin embargo, como médico, no estaba dispuesto a concluir sin más valoraciones que aquello «estaba solo en su cabeza». La derivé a unos compañeros de la Clínica de Otorrinolaringología de Massachusetts y les pedí que la exploraran minuciosamente. Al cabo de unas semanas, llegaron los resultados. Marilyn sufría lupus eritematoso de la retina, una enfermedad autoinmune que le estaba mermando la visión, y necesitaba un tratamiento inmediato. Yo me quedé paralizado: Marilyn era la tercera persona en ese año de la que había sospechado que tenía un historial de incesto y a la que le habían diagnosticado una enfermedad autoinmune; una enfermedad en la que el cuerpo empieza a atacarse a sí mismo.

Después de asegurarme de que Marilyn estaba recibiendo el tratamiento médico adecuado, consulté con dos de mis compañeros del Hospital General de Massachusetts, los psiquiatras Scott Wilson y Richard Kradin, que dirigían el laboratorio de inmunología. Les conté la historia de Marilyn, les mostré el dibujo que había hecho, y les pedí que colaboraran en un estudio. Generosamente colaboraron con su tiempo y sufragando el coste considerable de los análisis inmunológicos completos. Reclutamos a doce mujeres con historiales de incesto que no estaban tomando ninguna medicación, más doce mujeres que nunca habían sido traumatizadas y que tampoco se medicaban, un grupo control sorprendentemente difícil de encontrar. (Marilyn no formó parte del estudio; generalmente no pedimos a nuestros pacientes clínicos que participen en nuestros estudios).

Cuando el estudio finalizó y analizamos los datos, Rich nos informó de que el grupo de supervivientes de incestos presentaban anomalías en su ratio CD45A/RO, en comparación con sus semejantes no traumatizadas. Las células CD45 son las «células de la memoria» del sistema inmunológico. Algunas de ellas, llamadas células RA, se han activado con la exposición pasada a toxinas; rápidamente responden a amenazas ambientales que han encontrado anteriormente. Las células RO, en cambio, se conservan en reserva para nuevos desafíos; se activan para hacer frente a las amenazas que el cuerpo no ha encontrado nunca antes. El ratio RA/RO es el equilibrio entre las células que reconocen las toxinas conocidas y las células que esperan nueva información para activarse. En las pacientes con historias de incesto, la proporción de células RA listas para saltar es mayor de lo normal. Esto hace que el sistema inmunológico sea demasiado sensible a la amenaza, de manera

que está a punto para montar una defensa aunque no sea necesario, incluso cuando esto significa atacar las células del propio cuerpo.

Nuestro estudio demostró que, a nivel profundo, al cuerpo de las víctimas de incesto les cuesta distinguir entre el peligro y la seguridad. Esto significa que la huella del trauma pasado no consiste solo en percepciones distorsionadas de información procedente del exterior; el propio organismo también tiene problemas a la hora de saber cómo sentirse seguro. El pasado está impreso no solo en nuestra mente y en la mala interpretación de acontecimientos inocuos (como cuando Marilyn atacó a Michael porque la tocó accidentalmente mientras dormía), sino también en el núcleo de nuestro ser: en la seguridad de nuestro cuerpo.[2]

UN MAPAMUNDI ROTO

¿Cómo aprendemos las personas lo que es seguro y lo que no, lo que está dentro y lo que está fuera, a qué nos debemos resistir y qué podemos aceptar? La mejor forma de poder comprender el impacto del maltrato y el abandono infantil es escuchar lo que personas como Marilyn pueden enseñarnos. Una de las cosas que me quedó clara cuando empecé a conocerla es que tenía su propia visión de cómo funciona el mundo.

Cuando somos niños, empezamos en el centro de nuestro propio universo, donde interpretamos todo lo que sucede desde un punto de vista egocéntrico. Si nuestros padres y nuestros abuelos nos dicen constantemente que somos la cosa más bonita y más deliciosa del mundo, no cuestionamos su opinión, debemos de ser exactamente eso. Y en nuestro interior, aprendamos lo que aprendamos sobre nosotros mismos, siempre nos acompaña esta sensación: básicamente, somos adorables. Por lo tanto, si más adelante empezamos a salir con alguien que nos trata mal, nos sentiremos disgustados. No estará bien, no nos parecerá familiar, no nos sentiremos como en casa. Pero si en nuestra infancia sufrimos malos tratos o abandono, o crecemos en una familia en la que la sexualidad se trata con repulsión, nuestro mapa interior contendrá otro mensaje. Nuestra percepción de nosotros mismos estará marcada por el desprecio y la humillación, y es más probable que pensemos «me tiene calado» y no protestemos si nos tratan mal.

El pasado de Marilyn conformaba su visión sobre cada relación. Estaba convencida de que a los hombres les importan un comino los sentimientos de las otras personas, y de que siempre lograban lo que querían. En las mujeres

tampoco se podía confiar. Eran demasiado débiles para levantarse por sí mismas, y vendían su cuerpo para que los hombres cuidaran de ellas. Si tenían un problema, ellos nunca moverían un dedo para ayudarlas. Esta visión del mundo se manifestaba en el modo en que Marilyn se relacionaba con sus compañeros en el trabajo: sospechaba de los motivos de todas las personas que eran amables con ella y les avisaba ante la menor desviación de la normativa de enfermería. En cuanto a ella, era una mala semilla, fundamentalmente una persona tóxica que hacía que sucedieran cosas malas a las personas de su alrededor.

Cuando empecé a tratar a pacientes como Marilyn, solía cuestionar su forma de pensar e intentaba ayudarles a ver el mundo de un modo más positivo y más flexible. Un día, una mujer llamada Kathy me puso los puntos sobre las íes. Un miembro de un grupo había llegado tarde a una sesión porque se le había averiado el coche, y Kathy en seguida se sintió culpable: «Vi lo desvencijado que tenías el coche la semana pasada; debería haberme ofrecido a llevarte». Su autocrítica llegó a tal extremo que, unos minutos más tarde, llegó a responsabilizarse de sus propios abusos sexuales: «Me lo busqué. Tenía siete años y quería a mi padre. Quería que él me quisiera a mí, e hice lo que él quería que hiciera. Fue culpa mía». Cuando intervine para confortarla, diciéndole: «Vamos, solo eras una niña. Era responsabilidad de tu padre poner los límites», Kathy se giró hacia mí y me dijo: «Sabes, Bessel, sé lo importante que es para ti ser un buen terapeuta, así que cuando haces comentarios estúpidos como este, suelo agradecértelo profundamente. Al fin y al cabo, sufrí incesto, me enseñaron a ocuparme de las necesidades de hombres mayores e inseguros. Pero después de dos años te tengo la confianza suficiente para decirte que estos comentarios hacen que me sienta fatal. Sí, es cierto; instintivamente me culpo por todo lo malo que le sucede a la gente que me rodea. Sé que no es racional, me siento realmente tonta por sentirme así, pero así es. Cuando me dices estas cosas para hacerme entrar en razón, solo me siento más sola y aislada, y esto me reafirma en la sensación de que nadie en el mundo comprenderá jamás qué se siente siendo yo».

Le di sinceramente las gracias por su comentario, y desde entonces he intentado no decir a mis pacientes que no deberían sentirse del modo en el que se sienten. Kathy me enseñó que mi responsabilidad va mucho más allá: debo ayudarles a reconstruir su mapamundi interior.

Como he comentado en el capítulo anterior, los investigadores del apego han demostrado que nuestros primeros cuidadores no solo nos alimentan, nos

visten y nos consuelan cuando estamos mal; también conforman el modo en el que nuestro cerebro, que se desarrolla muy rápidamente, percibe la realidad. Nuestras interacciones con nuestros cuidadores nos transmiten qué es seguro y qué es peligroso: con quién podemos contar y quién nos dejará tirados; qué debemos hacer para satisfacer nuestras necesidades. Esta información está incrustada en el tejido de nuestros circuitos cerebrales y forma la plantilla de la percepción de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Estos mapas interiores son notablemente estables a lo largo del tiempo.

Esto no significa, sin embargo, que nuestros mapas no puedan modificarse con la experiencia. Una relación amorosa profunda, en especial durante la adolescencia, cuando el cerebro atraviesa de nuevo un periodo de cambio exponencial, puede cambiarnos realmente. Lo mismo pasa con el nacimiento de un hijo, ya que nuestros hijos suelen enseñarnos a amar. Los adultos que fueron maltratados o abandonados de niños todavía pueden aprender la belleza de las relaciones íntimas y la confianza mutua o tener una experiencia espiritual profunda que les abra las puertas hacia un universo mayor. En cambio, los mapas infantiles no contaminados previamente pueden quedar tan distorsionados por una violación o un ataque en la edad adulta que todos los caminos quedan modificados hacia el terror o la desesperación. Estas respuestas no son razonables y por lo tanto no pueden cambiarse simplemente reestructurando unas creencias irracionales. Nuestros mapamundis están codificados en nuestro cerebro emocional, y cambiarlos significa tener que reorganizar esta parte del sistema nervioso central, tema que desarrollo en la parte sobre tratamiento de este libro.

Sin embargo, aprender a reconocer los pensamientos y el comportamiento irracionales puede ser un primer paso útil. Las personas como Marilyn suelen descubrir que sus suposiciones no son las mismas que las de sus amigos. Con suerte, sus amigos y compañeros les dirán con palabras, y no con acciones, que su desconfianza y autodesprecio dificultan la colaboración. Pero esto raramente sucede, y la experiencia de Marilyn fue la típica: tras atacar a Michael, él no tuvo ningún interés en arreglar las cosas, así que acabó perdiendo tanto un amigo como a su pareja favorita para jugar al tenis. Es en este punto cuando las personas inteligentes y valientes como Marilyn, que mantienen su curiosidad y determinación tras varios fracasos, empiezan a buscar ayuda.

Generalmente, el cerebro racional puede anteponerse al cerebro emocional, siempre y cuando nuestros miedos no nos secuestren. (Por

ejemplo, el miedo de que nos pare la policía puede transformarse instantáneamente en gratitud cuando el policía nos avisa de que hay un accidente más adelante). Pero en el momento en el que nos sentimos atrapados, furiosos o rechazados, somos vulnerables a activar mapas antiguos y a seguir sus direcciones. El cambio empieza cuando aprendemos a «adueñarnos» de nuestro cerebro emocional. Esto significa aprender a observar y a tolerar las sensaciones desgarradoras y dolorosas que forman parte de la desgracia y la humillación. Solo cuando aprendemos a soportar lo que nos pasa por dentro podemos empezar a aceptar, en lugar de anular, las emociones que hacen que nuestros mapas se mantengan fijos e inmutables.

APRENDER A RECORDAR

Un año después de que Marilyn entrara en el grupo, otro miembro, Mary, pidió permiso para hablar de lo que le sucedió cuando tenía trece años. Mary trabajaba como guarda de prisiones, y mantenía una relación sadomasoquista con otra mujer. Quería que los miembros del grupo conocieran su pasado esperando que fueran más tolerantes con sus reacciones extremas, como su tendencia a desconectarse o a estallar ante la menor provocación.

Con gran dificultad para expresarse, Mary nos dijo que una noche, cuando tenía trece años, fue violada por su hermano mayor y un grupo de amigos suyos. La violación dio como resultado un embarazo, y su madre le practicó un aborto en casa, sobre la mesa de la cocina. El grupo, con mucha sensibilidad, se sintonizó con Mary y con lo que estaba contando, y la consoló en sus sollozos. Me emocionó profundamente su empatía; estaban consolando a Mary del modo en que seguramente ellos habrían deseado que alguien los consolara al enfrentarse por primera vez a sus traumas.

Cuando terminó la sesión, Marilyn preguntó si podía hablar unos minutos sobre lo que había experimentado durante esta. El grupo asintió, y ella dijo: «Al escuchar esta historia, me pregunto si yo también sufrí abusos sexuales». Yo me quedé boquiabierto. Teniendo en cuenta su retrato familiar, siempre había dado por supuesto que ella era consciente de ello, al menos hasta cierto punto. Había reaccionado como una víctima de incesto en su respuesta a Michael, y se comportaba crónicamente como si el mundo fuera un lugar aterrador.

Sin embargo, aunque había dibujado a una niña de la que estaban abusando sexualmente, ella (o al menos su yo cognitivo y verbal) no tenía ni

idea de lo que le sucedió en realidad. Su sistema inmunológico, sus músculos, su sistema de miedo, todo, había llevado la cuenta, pero su mente consciente carecía de historia que pudiera comunicar esa experiencia. Representaba su trauma en su vida, pero no tenía ninguna narración a la que referirse. Como veremos en el capítulo 12, el recuerdo traumático difiere del recuerdo normal de maneras complejas, e implica varias capas de la mente y del cerebro.

A partir de la historia de Mary, y también debido a las pesadillas que siguieron, Marilyn empezó una terapia individual conmigo en la que empezó a abordar su pasado. Al principio, experimentó olas de terror intenso y desbordado. Intentó parar durante varias semanas, pero cuando vio que no podía dormir y que faltaba al trabajo, retomó nuestras sesiones. Como me dijo más tarde, «Mi único criterio para saber si una situación es dañina es sentir "esto va a matarme si no salgo de aquí"».

Empecé a enseñar a Marilyn técnicas de relajación, como centrarse en la respiración profunda (inspirar y espirar, inspirar y espirar, a un ritmo de seis respiraciones por minuto) siguiendo al mismo tiempo las sensaciones de la respiración en su cuerpo. Lo combinaba con la activación de puntos de acupresión, que le ayudaban a no sentirse abrumada. También trabajamos en la concienciación: aprender a mantener viva la mente permitiendo a su cuerpo sentir las cosas que no quería ni imaginar poco a poco permitió a Marilyn distanciarse y observar su experiencia, en lugar de quedar inmediatamente secuestrada por sus sentimientos. Había intentado mitigar o eliminar esos sentimientos con el alcohol y el ejercicio, pero ahora empezaba a sentirse suficientemente segura para comenzar a recordar lo que le había sucedido de niña. Al tener más control sobre sus sensaciones físicas, también empezó a ser capaz de diferenciar entre el pasado y el presente: ahora, si sentía el roce de la pierna de otra persona en medio de la noche, podía reconocer que era la pierna de Michael, la pierna del guapo compañero de tenis que había invitado a su piso. Esa pierna no pertenecía a nadie más, y su roce no significaba que alguien estuviera intentando abusar de ella. Permanecer tranquila le permitía saber –totalmente, físicamente– que era una mujer de treinta y cuatro años y no una niña pequeña.

Cuando Marilyn empezó finalmente a acceder a sus recuerdos, emergieron como *flashbacks* del papel de la pared de su habitación de pequeña. Se dio cuenta de que era en lo que se fijaba cuando su padre la violaba cuando tenía ocho años. Sus abusos la aterrorizaron más allá de su capacidad de soportarlo, así que tuvo que sacarlo de su banco de recuerdos.

Al fin y al cabo, debía seguir viviendo con ese hombre, su padre, que había abusado de ella. Marilyn recordaba haber buscado protección en su madre, pero cuando corrió hacia ella e intentó esconderse enterrando su cara en su regazo, solo recibió un flojo abrazo a cambio. En ocasiones, su madre permanecía en silencio; en otras gritaba o regañaba enfadada a Marilyn por «enfadar tanto a papá». La aterrorizada niña no encontró a nadie que la protegiera, que le diera fuerzas o cobijo.

Como Roland Summit escribió en su estudio clásico *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome* (Síndrome de acomodación del abuso sexual infantil): «La iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, la impotencia y la autoinculpación se basan en la aterradora realidad del abuso sexual infantil. Cualquier intento por parte del niño de divulgar el secreto se topará con la conspiración del silencio y el descrédito de un adulto. "No te preocupes por cosas así; esto no podría suceder nunca en nuestra familia". "¿Cómo puedes pensar algo tan terrible?". "¡No quiero volver a oírte nunca más decir algo así!". La mayoría de los niños nunca pregunta y nunca dice nada».[3]

Tras cuarenta años realizando este trabajo, sigo escuchándome decirme a mí mismo «esto es increíble» cuando los pacientes me cuentan su infancia. A menudo, son tan incrédulos como yo (¿cómo pueden unos padres infligir tal tortura y terror a su propio hijo?). Algunos siguen insistiendo en que han debido de imaginarse esa experiencia o que están exagerando. Todos están avergonzados por lo que les sucedió, y se sienten culpables; hasta cierto punto piensan firmemente que les hacían esas cosas terribles porque son personas terribles.

Ahora, Marilyn empezaba a explorar cómo esa niña impotente había aprendido a desconectar y a cumplir con aquello que se le pedía. Lo había logrado haciéndose desaparecer. En cuanto escuchaba los pasos de su padre en el pasillo fuera de su habitación, ponía la «cabeza en las nubes». Otra paciente mía que tuvo una experiencia similar hizo un dibujo que representa cómo funciona este proceso. Cuando su padre empezaba a to-carla, se hacía desaparecer; flotaba hasta el techo, mirando hacia abajo a esa otra niña que estaba en la cama.[4] Estaba contenta de no ser realmente ella; era otra niña de la que estaban abusando.

Mirar esas cabezas separadas de su cuerpo por una niebla impenetrable realmente me abrió los ojos a la experiencia de la disociación, que es tan común entre las víctimas de incesto. La propia Marilyn se dio cuenta de que,

siendo adulta, seguía flotando hasta el techo al encontrarse en una situación sexual. En el periodo en el que había sido sexualmente más activa, en ocasiones alguna pareja le había dicho lo increíble que había estado en la cama, que casi estaba irreconocible, y que incluso había hablado de un modo diferente. A menudo, ella no recordaba qué había pasado, pero en otras ocasiones se enfadaba y se ponía agresiva. No sabía quién era realmente sexualmente, de modo que poco a poco fue dejando de quedar con chicos, hasta que llegó Michael.

ODIAR TU HOGAR

Los hijos no pueden elegir a sus padres, ni pueden comprender que los padres simplemente quizás estén demasiado deprimidos, enfadados o atontados para prestarles atención o que el comportamiento de sus padres tenga muy poco que ver con ellos. Los niños no tienen más opción que organizarse para sobrevivir en la familia que tienen. A diferencia de los adultos, no tienen a ninguna otra autoridad a la que acudir en busca de ayuda; sus padres *son* la autoridad. No pueden alquilar un piso ni irse a vivir con nadie más: su supervivencia depende de sus cuidadores.



Los niños perciben (aunque no estén explícitamente amenazados) que si hablan de sus golpes o de sus abusos con los profesores serán castigados. En lugar de eso, centran su energía en *no* pensar en lo que les ha pasado y en no sentir los residuos del terror y del pánico en su cuerpo. Como no pueden tolerar saber lo que han experimentado, tampoco pueden comprender que su ira, su terror o su colapso tengan algo que ver con esa experiencia. No hablan; actúan y lidian son sus sentimientos estando rabiosos, desconectados, dóciles o desafiantes.

Los niños también están programados para ser fundamentalmente leales a sus cuidadores, aunque abusen de ellos. El terror aumenta la necesidad de apego, aunque la fuente de consuelo sea también la fuente de terror. Nunca he conocido a un niño menor de diez años que, habiendo sido torturado en su casa (y teniendo como prueba huesos rotos y quemaduras en la piel) y teniendo la opción, no eligiera quedarse con su familia en lugar de ir a una casa de acogida. Obviamente, aferrarse al abusador no es exclusivo de la infancia. Ha habido rehenes que han pagado la fianza de sus captores, han expresado su deseo de casarse con ellos o han mantenido relaciones sexuales

con ellos; las víctimas de violencia doméstica a menudo encubren a sus abusadores. Los jueces suelen contarme lo humillados que se sienten cuando intentan proteger a las víctimas de violencia doméstica dictando órdenes de alejamiento y terminan descubriendo que muchas de ellas secretamente permiten volver a su pareja.

Marilyn tardó mucho tiempo en poder hablar de sus abusos: no estaba preparada para violar la lealtad a su familia; en su interior seguía pensando que todavía la necesitaba para que la protegiera de sus miedos. El precio de esta lealtad son unos sentimientos insoportables de soledad, desesperación y la inevitable rabia de la impotencia. La rabia que no tiene adónde ir se redirige hacia uno mismo, en forma de depresión, autodesprecio y actos autodestructivos. Una de mis pacientes me dijo: «Es como odiar tu hogar, tu cocina, tus ollas y sartenes, tu cama, tus sillas, tu mesa, tus mantas». Nada te parece seguro, y todavía menos tu propio cuerpo.

Aprender a confiar es un gran reto. Una de mis otras pacientes, una maestra de escuela cuyo abuelo la violó varias veces antes de los seis años de edad, me envió el siguiente correo electrónico: «Empecé a considerar el peligro de abrirme a usted conduciendo de vuelta a casa después de nuestra visita, y luego, al tomar la carretera 124, me di cuenta de que había roto la regla de no apegarme, ni a usted ni a mis estudiantes».

Durante nuestra siguiente visita, me dijo que también había sido violada por su profesor de laboratorio en la universidad. Le pregunté si buscó ayuda y si le denunció. «No pude cruzar la calle para llegar a la clínica –me respondió–. Quería desesperadamente recibir ayuda, pero estando allí sentí dentro de mí que solo me harían más daño. Y seguramente así habría sido. Naturalmente, tuve que ocultar lo que pasó a mis padres y a todo el mundo».

Después de decirle que me preocupaba lo que le estaba pasando, me escribió otro correo electrónico: «Estoy intentando recordarme que yo no hice nada para merecer ese trato. No recuerdo que nadie antes me haya mirado así y me haya dicho que estaba preocupado por mí, y me guardo como un tesoro que alguien a quien respeto y que comprende todo lo que estoy pasando pueda preocuparse por mí».

Para saber quiénes somos (para tener una identidad) debemos saber (o al menos sentir que sabemos) qué es y qué era «real». Debemos observar lo que vemos a nuestro alrededor y etiquetarlo correctamente; también debemos poder confiar en nuestros recuerdos y poder distinguirlos de nuestra imaginación. Perder la capacidad de realizar estas distinciones es una señal de

lo que el psicoanalista William Niederland ha llamado «el asesinato del alma». Borrar la conciencia y cultivar la negación suele ser esencial para la supervivencia, pero el precio es que pierdes la pista de quién eres, de lo que estás sintiendo, y de en qué y en quién puedes confiar.[5]

REPRODUCIR EL TRAUMA

Marilyn tuvo un recuerdo de su trauma infantil en un sueño en el que se sentía como si se estuviera asfixiando y no pudiera respirar. Tenía las manos envueltas con un paño blanco, y luego sentía como si la levantaran con la toalla en el cuello y no tocara con los pies en el suelo. Se despertó presa del pánico, pensando que iba a morir. Su sueño me recordó las pesadillas que me habían contado los veteranos de guerra: ver las imágenes concretas y sin adulterar de rostros y partes de cadáveres que habían visto en el campo de batalla. Estos sueños eran tan aterradores que procuraban no quedarse dormidos por la noche; solo las siestas diurnas, que no asociaban con las emboscadas nocturnas, les parecían medio seguras.

Durante esta fase de la terapia, Marilyn se vio inundada en repetidas ocasiones con imágenes y sensaciones relacionadas con el sueño en el que se asfixiaba. Recordó estar sentada en la cocina, con cuatro años, con los ojos hinchados, dolor de garganta y la nariz sangrando, mientras su padre y su hermano se reían de ella y la llamaban «niña tonta». Un día Marilyn contó: «Mientras me cepillaba los dientes ayer por la noche, me abrumó una sensación de agitación. Me sentí como un pez fuera del agua, contorsionando violentamente el cuerpo como si luchara contra la falta de aire. Lloraba y me atragantaba mientras me cepillaba los dientes. Cada vez sentía más pánico en el pecho y notaba una gran agitación. Tenía que intentar con todas las fuerzas no gritar “NO, NO, NO, NO, NO” de pie delante del lavabo». Luego se acostó y se quedó dormida, pero se fue despertando como un reloj cada dos horas durante el resto de la noche.

El trauma no se almacena como una narración con un inicio, una parte central y un final. Como describiré en mayor detalle en los capítulos 11 y 12, los recuerdos primero llegan como en el caso de Marilyn: en forma de *flashbacks* que contienen fragmentos de la experiencia, imágenes aisladas, sonidos y sensaciones corporales que inicialmente no tienen más contexto que el miedo y el pánico. Cuando Marilyn era una niña, no tenía forma de dar voz a lo indescriptible, aunque eso tampoco habría cambiado nada, porque no

había nadie que la escuchara.

Como muchos otros supervivientes de abusos infantiles, Marilyn ejemplificaba el poder de la fuerza de la vida, la voluntad de vivir y de adueñarse de su propia vida, la energía que contrarresta la aniquilación del trauma. Poco a poco, acabé entendiendo que lo único que me permite trabajar sanando traumas es la admiración ante las ganas de sobrevivir de mis pacientes, que les permitieron soportar los abusos y luego soportar las oscuras noches del alma que inevitablemente se producen en el camino hacia la recuperación.

CAPÍTULO 9

¿QUÉ TIENE QUE VER EL AMOR CON ESTO?

> La iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, la impotencia y el autoequilibrio se basan en la aterradora realidad del abuso sexual infantil… «No te preocupes por cosas así; esto nunca podría suceder en nuestra familia». «¿Cómo puedes pensar algo tan terrible?» «¡No quiero volver a escucharte decir esto nunca más!» La mayoría de los niños nunca pregunta y nunca cuenta.
>
> –Roland Summit, *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome*.

¿Cómo organizar las ideas en torno a personas como Marilyn, Mary y Kathy, y qué podemos hacer para ayudarles? La manera en que definamos sus problemas, nuestro diagnóstico, determinará el enfoque de su tratamiento. Este tipo de pacientes suele recibir cinco o seis diagnósticos diferentes y no relacionados durante su tratamiento psiquiátrico. Si sus médicos se centran en sus cambios de humor, los identificarán como bipolares y les recetarán litio o valproato. Si a los profesionales les impresiona más su desesperación, les dirán que sufren una depresión mayor y los tratarán con antidepresivos. Si los médicos se centran en su agitación y

falta de atención, pueden clasificarlos como TDAH y tratarlos con Ritalin u otros estimulantes. Y si el personal médico incluye un trauma en el historial y el paciente ofrece la información relevante, puede que le diagnostiquen TEPT. Ninguno de estos diagnósticos será totalmente erróneo, pero ninguno describirá completamente quiénes son esos pacientes y qué les pasa.

La psiquiatría, como subespecialidad de la medicina, aspira a definir la enfermedad mental con tanta precisión como, por ejemplo, el cáncer de páncreas o la infección pulmonar por estreptococos. Sin embargo, teniendo en cuenta la complejidad de la mente, del cerebro y de los sistemas de apego humano, no hemos ni empezado a acercarnos a este nivel de precisión. Comprender qué les pasa a las personas es más cuestión de mentalidad del profesional (y de la aseguradora que se hará cargo de los gastos) que de hechos verificables y objetivos.

El primer intento serio de crear un manual sistemático de diagnósticos psiquiátricos se produjo en 1980, con la publicación de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, la lista oficial de todos los diagnósticos mentales reconocidos por la Asociación Americana de Psiquiatría. El preámbulo del DSM-III alertaba explícitamente de que sus categorías no eran suficientemente precisas para usarse en contextos forenses o de seguros. No obstante, poco a poco se convirtió en un instrumento con un poder enorme: las compañías aseguradoras exigen un diagnóstico DSM para reembolsar los costes, hasta hace poco, toda la financiación para la investigación se basaba en los diagnósticos DSM, y los programas académicos se organizan en torno a las categorías DSM. Las etiquetas del DSM rápidamente se hicieron presentes también en la cultura general. Millones de personas saben que Tony Soprano sufría ataques de pánico y depresión y que Carrie Mathinson de *Homeland* sufre un trastorno bipolar. El manual se ha convertido prácticamente en una industria que para la Asociación Americana de Psiquiatría ha representado unos ingresos de más de 100 millones de dólares americanos.[1] La pregunta es: ¿ha aportado unos beneficios comparables a los pacientes a los que en principio debería servir?

Un diagnóstico psiquiátrico tiene unas consecuencias graves: influye en el tratamiento, y recibir un tratamiento equivocado puede tener unos efectos desastrosos. Asimismo, un diagnóstico es una etiqueta que es probable que quede pegada a la persona durante el resto de su vida, y tiene una profunda influencia en el modo en que la gente se define a sí misma. He conocido a numerosos pacientes que me han dicho que «son» bipolares o «tienen»

personalidad límite o TEPT, como si los hubieran sentenciado a permanecer en una mazmorra subterránea durante el resto de su vida, como el conde de Montecristo.

Ninguno de estos diagnósticos tiene en cuenta ninguno de los inusuales talentos que muchos de nuestros pacientes desarrollan o la energía creativa de la que han hecho acopio para sobrevivir. Demasiado a menudo, los diagnósticos son meros cómputos de síntomas, que hacen que pacientes como Marilyn, Kathy o Mary sean vistas probablemente como mujeres fuera de control que deben enderezarse.

El diccionario define *diagnóstico* como «a. Acto o proceso de identificar o determinar la naturaleza y la causa de una enfermedad o lesión mediante la evaluación del historial del paciente y la revisión de datos de laboratorio. b. Opinión derivada de tal evaluación».[2] En este capítulo, y en el siguiente, describiré el abismo existente entre los diagnósticos oficiales y lo que padecen realmente nuestros pacientes, y explicaré cómo mis compañeros y yo mismo hemos intentado cambiar el modo de diagnosticar a los pacientes con historiales de traumas crónicos.

¿CÓMO SE CREA UN HISTORIAL DE TRAUMAS?

En 1985, empecé a colaborar con la psiquiatra Judith Herman, que acababa de publicar su primer libro *Father-Daughter Incest* (Incesto padre-hija). Ambos estábamos trabajando en el Hospital de Cambridge (uno de los hospitales universitarios de Harvard) y, al compartir el interés en cómo los traumas habían afectado la vida de nuestros pacientes, empezamos a reunirnos regularmente para compartir nuestras anotaciones. Nos sorprendió ver cuántos de nuestros pacientes diagnosticados con un trastorno de personalidad límite (TPL) nos contaban historias horribles de su infancia. El TPL se caracteriza por la tendencia a aferrarse a los demás, pero en unas relaciones sumamente inestables, cambios de humor extremos y un comportamiento autodestructivo, que incluye automutilaciones y repetidos intentos suicidas. Para descubrir si había realmente una relación entre los traumas infantiles y el TPL, diseñamos un estudio científico formal y mandamos una solicitud de financiación al Instituto Nacional de Salud, pero fue denegada.

Sin embargo, Judy y yo estábamos decididos y financiamos el estudio nosotros mismos. Encontramos a un aliado, Chris Perry, director de

investigación del Hospital de Cambridge, financiado por el Instituto Nacional de Salud para estudiar el TPL y otros diagnósticos cercanos, los llamados «trastornos de la personalidad», en pacientes seleccionados desde el Hospital de Cambridge. Había recopilado varios volúmenes de datos valiosos sobre esas personas, pero nunca les había preguntado sobre el maltrato y el abandono infantil. Aunque no ocultó su escepticismo sobre nuestra propuesta, fue muy generoso con nosotros y nos preparó entrevistas con cincuenta y cinco pacientes del departamento de pacientes ambulatorios del hospital, y aceptó comparar nuestros hallazgos con los datos de la gran base de datos que había recopilado.

La primera pregunta que nos hicimos con Judy fue: «¿Cómo se crea un historial de traumas?». No se puede preguntar a un paciente directamente: «¿Sufrió abusos de niño?» o «¿Su padre le pegaba?». ¿Cuántas personas confiarían a un extraño esta información tan delicada? Teniendo en cuenta que, de manera universal, a la gente le avergüenzan los traumas que ha sufrido, diseñamos un instrumento para las entrevistas, el Cuestionario sobre Antecedentes Traumáticos (CAT).[3] La entrevista empezaba con una serie de preguntas simples: «¿Dónde vive y con quién?», «¿Quién paga las facturas y quién cocina y limpia?». Poco a poco iba avanzando hacia preguntas más reveladoras: «¿En quién confía en su día a día?». Por ejemplo, «Cuando enferma, ¿quién va a la compra o le lleva al médico?». «¿Con quién habla cuando está mal?». En otras palabras, ¿quién le aporta apoyo emocional y práctico? Algunos pacientes nos dieron respuestas sorprendentes: «Mi perro», «Mi terapeuta», o «Nadie». Luego, les hicimos preguntas similares sobre su infancia: ¿quién vivía en casa? ¿Con qué frecuencia se mudaba? ¿Quién era su cuidador principal? Muchos de los pacientes mencionaron cambios frecuentes de domicilio que hacían que tuvieran que cambiar de escuela a mitad de curso. Varios tenían cuidadores principales que habían sido encarcelados, ingresados en un hospital mental o que se habían alistado en el Ejército. Otros habían pasado de casa de acogida en casa de acogida o habían vivido con una retahíla de parientes distintos.

El siguiente apartado del cuestionario abordaba las relaciones en la infancia: «¿Quién de su familia era cariñoso con usted?». «¿Quién le trataba como una persona especial?». Esto iba seguido por una pregunta crítica (una que, a mi entender, nunca se ha formulado antes en un estudio científico): «Había alguna persona con la que se sintiera seguro al crecer?». Uno de cada cuatro pacientes que entrevistamos no recordaba a nadie con quien se sintiera

seguro de niño. Marcamos «nadie» en las hojas y no lo comentamos, pero nos sorprendió mucho. Imagine ser niño y no tener ninguna fuente de seguridad, abriéndose camino por el mundo sin protección y sin ser visto.

Las preguntas seguían: «¿Quién ponía las reglas en casa y se aseguraba de que hubiera disciplina?». «¿Cómo se mantenía a los niños a raya: hablando, regañando, con azotes, con golpes o encerrándolos?». «¿Cómo arreglaban sus padres sus diferencias?». Para entonces, las compuertas ya se habían abierto, y muchos pacientes ya estaban ofreciendo voluntariamente información detallada sobre su infancia. Una mujer había sido testigo de la violación de su hermana pequeña; otra nos contó que había tenido su primera experiencia sexual a los ocho años, con su abuelo. Hombres y mujeres describieron estar despiertos por la noche y escuchar a sus padres gritar y romper los muebles; un joven había entrado en la cocina y había encontrado a su madre en un charco de sangre. Otros hablaron de cuando no les iban a recoger a la escuela o de cuando llegaban a casa, la encontraban vacía y pasaban la noche solos. Una mujer que trabajaba de cocinera había aprendido a cocinar para su familia cuando su madre fue encarcelada por un asunto de drogas. Otra tenía nueve años cuando tuvo que coger y mantener sujetado el volante del coche porque su madre borracha estaba dando volantazos por una autopista de cuatro carriles en hora punta.

Nuestros pacientes no tenían la opción de salir corriendo o escapar; no tenían a nadie a quien acudir y ningún lugar donde esconderse. Sin embargo, de algún modo, tuvieron que lidiar con su terror y su desesperación. Probablemente fueron a la escuela a la mañana siguiente e intentaron fingir que todo iba bien. Judy y yo nos dimos cuenta de que los problemas del grupo con TLP (disociación, aferrarse desesperadamente a cualquiera que estuviera dispuesto a ayudar) probablemente empezaron como un modo de lidiar con unas emociones abrumadoras y una brutalidad de la que no podían escapar.

Después de nuestras entrevistas, Judy y yo nos reunimos para codificar las respuestas de nuestros pacientes (es decir, transformarlas en números para su análisis informático) y Chris Perry las comparó con la gran cantidad de información sobre esos pacientes que había almacenado en el ordenador central de Harvard. Un sábado por la mañana, nos dejó un mensaje pidiéndonos que fuéramos a su despacho. Allí encontramos un enorme montón de documentos, encima de los cuales Chris había colocado un dibujo de Gary Larson de un grupo de científicos estudiando los delfines y

confundidos por sus sonidos. Los datos les convencieron de que sin comprender el lenguaje del trauma y del abuso no se puede realmente comprender el TLP.

Como publicamos posteriormente en el *American Journal of Psychiatry*, el 81 % de los pacientes diagnosticados con TLP en el Hospital de Cambridge narraron graves historias de maltrato y abandono infantil; en la gran mayoría el maltrato empezó antes de los siete años.[4] Este hallazgo fue especialmente importante porque sugería que el impacto del maltrato depende, al menos parcialmente, de la edad a la que empieza. La investigación posterior realizada por Martin Teicher del Hospital McLean demostró que las diferentes formas de maltrato tienen diferentes impactos en diferentes áreas cerebrales en diferentes fases de desarrollo.[5] Aunque muchos estudios desde entonces han reproducido nuestros hallazgos,[6] sigo recibiendo con regularidad artículos científicos para revisar que dicen cosas como: «Se ha establecido la hipótesis de que los pacientes con personalidad límite pueden tener un historial de traumas infantiles». ¿Cuándo se convierte una hipótesis en un hecho científicamente establecido?

> Nuestro estudio reforzaba claramente las conclusiones de John Bowlby.
> Cuando los niños se sienten permanentemente enfadados o culpables o tienen un miedo crónico a ser abandonados, llegan a esos sentimientos de manera honesta, debido a su experiencia. Cuando, por ejemplo, los niños temen que los abandonen, no es una contrarreacción a sus ansias homicidas intrínsecas, sino que es más probable que sea porque han sido abandonados física o psicológicamente o han sido amenazados repetidamente con el abandono. Cuando los niños están permanentemente llenos de rabia, es debido al rechazo o a un trato duro. Cuando los niños experimentan un conflicto interior intenso con respecto a su ira, es probablemente porque expresarla puede estar prohibido o puede incluso ser peligroso.

Bowlby observó que cuando los niños deben renegar de experiencias potentes que han tenido, esto les crea serios problemas, incluyendo una «desconfianza crónica hacia las otras personas, inhibición de la curiosidad, desconfianza hacia sus propios sentidos, y tendencia a encontrarlo todo

irreal».[7] Como veremos, esto tiene importantes implicaciones para el tratamiento.

Un estudio nos amplió las ideas más allá del impacto de los acontecimientos horribles concretos, el enfoque del diagnóstico de TEPT, para observar los efectos a largo plazo de la brutalidad y del abandono en las relaciones con los cuidadores. También suscitó otra pregunta crítica: ¿qué tratamientos son efectivos para las personas con un historial de malos tratos, en especial las que tienen pensamientos suicidas crónicos y las que se lesionan deliberadamente?

AUTOLESIONES

Cuando todavía era estudiante, en una ocasión me despertaron hacia las tres de la mañana tres días seguidos para coser a una mujer que se abría el cuello con cualquier objeto afilado que le caía en las manos. Me dijo, con cierto triunfalismo, que cortarse la hacía sentirse mucho mejor. Desde entonces, no he dejado de preguntarme por qué. ¿Por qué algunas personas lidian con su malestar jugando tres sets de tenis o bebiendo un Martini cargado, y otras se cortan los brazos con hojas de afeitar? Un estudio mostró que tener un historial de abusos infantiles sexuales y físicos era un fuerte predictor de los intentos de suicidio repetitivos y de acciones como cortarse.[8] Me preguntaba si sus ideas suicidas habían empezado cuando eran muy pequeños y si habían encontrado consuelo planeando su huida esperando morir o causándose algún daño. ¿Infligirse daño a sí mismo empieza como un intento desesperado de recuperar cierto control?

La base de datos de Chris Perry incluía información sobre el seguimiento realizado a todos los pacientes tratados en la clínica ambulatoria del hospital, incluyendo informes de comportamiento suicida y autodestructivo. Tres años después del tratamiento, aproximadamente dos tercios de los pacientes habían mejorado notablemente. Ahora, la pregunta era: ¿qué miembros del grupo se habían beneficiado del tratamiento y cuáles habían seguido teniendo un comportamiento suicida y autodestructivo? Comparar el comportamiento continuado de los pacientes con nuestras entrevistas CAT nos proporcionó algunas respuestas. Los pacientes que seguían con un comportamiento autodestructivo nos habían dicho que no recordaban sentirse seguros con nadie siendo niños: habían relatado sentirse abandonados, trasladados de un sitio a otro, y generalmente tenían que resolverse ellos solos los problemas.

Llegué a la conclusión de que, si uno tiene integrado el recuerdo de sentirse seguro con alguien mucho tiempo atrás, las huellas de este afecto temprano se pueden reactivar con relaciones en sintonía cuando se es adulto, tanto si ocurren en la vida diaria o en el marco de una buena terapia. Sin embargo, si no tenemos el recuerdo profundo de habernos sentido amados y seguros, los receptores cerebrales que responden a la bondad humana simplemente puede que no se desarrollen.[9] Si este es el caso, ¿cómo pueden aprender las personas a calmarse y a sentirse ancladas en su cuerpo? De nuevo, esto tiene importantes implicaciones para la terapia, y volveré a este punto en la parte 5, dedicada al tratamiento.

EL PODER DEL DIAGNÓSTICO

Nuestro estudio también confirmó que había una población traumatizada bastante distinta de los soldados de guerra y las víctimas de accidentes para las que se creó el diagnóstico del TEPT. Personas como Marilyn y Kathy, así como los pacientes que Judy y yo estudiamos, y los niños de la clínica ambulatoria del MMHC que describí en el capítulo 7, no recuerdan necesariamente sus traumas (uno de los criterios para el diagnóstico de TEPT) o al menos no les preocupan recuerdos concretos de sus abusos, sino que siguen comportándose como si todavía estuvieran en peligro. Pasan de un extremo al otro; les cuesta centrarse en una tarea, y continuamente atacan a los demás y a sí mismos. Hasta cierto grado, sus problemas se solapan con los de los soldados de guerra, pero también son muy distintos en el sentido de que su trauma infantil les ha impedido desarrollar algunas de las capacidades mentales que los soldados poseían antes de que su trauma se produjera.

Conscientes de ello, algunos de nosotros[10] fuimos a ver a Robert Spitzer quien, después de haber orientado el desarrollo del DSM-III estaba en el proceso de revisión del manual. Escuchó atentamente lo que le dijimos. Nos dijo que era probable que los médicos que se pasan el día tratando a una población específica de pacientes pudieran desarrollar una pericia considerable para comprender sus dolencias. Sugirió que hiciéramos un estudio, un «ensayo de campo», para comparar los problemas de los diferentes grupos de personas traumatizadas.[11] Spitzer me puso al frente del proyecto. Primero, desarrollamos una escala de valoración que incorporaba todos los diferentes síntomas de traumas que se habían descrito en la literatura científica, luego entrevistamos a 525 pacientes adultos en cinco

puntos diferentes del país para ver si poblaciones concretas sufrían diferentes constelaciones de problemas. Nuestras poblaciones se dividían en tres grupos: los que tenían un historial de abusos físicos o sexuales en la infancia por parte de sus cuidadores, víctimas recientes de violencia doméstica y víctimas recientes de un desastre natural.

Había diferencias claras entre esos grupos, en particular en los que estaban en los extremos del espectro: las víctimas de abusos sexuales y los adultos que habían sobrevivido a desastres naturales. Los adultos que habían sufrido abusos de niños solían tener problemas de concentración, se quejaban de vivir siempre al límite, y estaban llenos de odio hacia sí mismos. Les costaba mucho negociar las relaciones íntimas, en ocasiones pasando de relaciones sexuales indiscriminadas, de alto riesgo e insatisfactorias a un bloqueo sexual total. También tenían muchas lagunas de memoria, a menudo tenían comportamientos autodestructivos, y habían sufrido muchos problemas médicos. Estos síntomas eran relativamente raros en los supervivientes de desastres naturales.

Cada diagnóstico mayor del DSM tenía a un grupo de trabajo responsable de sugerir revisiones para la nueva edición. Presenté los resultados del ensayo de campo a nuestro grupo de trabajo sobre el TEPT en el DSMIV, y votamos diecinueve a dos para crear un nuevo diagnóstico de trauma para las víctimas de traumas interpersonales. «Trastornos de estrés extremo, sin otra especificación» o «TEPT complejo», para resumir.[12-13] Luego, esperamos ansiosamente la publicación del DSM-IV en mayo de 1994. Pero para nuestra sorpresa, el diagnóstico que nuestro grupo había aprobado de forma aplastante no apareció en la versión final. Ninguno de nosotros fuimos consultados.

Fue una trágica exclusión. Significaba que una gran cantidad de pacientes no podían ser diagnosticados con precisión y que los médicos y los investigadores no podrían desarrollar científicamente tratamientos adecuados para ellos. No se puede desarrollar un tratamiento para una patología que no existe. No tener un diagnóstico confronta a los terapeutas con un serio dilema: ¿cómo tratamos a personas que están luchando con las consecuencias de los abusos, las traiciones y los abandonos, cuando nos vemos obligados a diagnosticarlos de depresión, trastorno de pánico, enfermedad bipolar o personalidad límite, que realmente no representa lo que ellos sufren?

Las consecuencias del abuso y el abandono de un cuidador son mucho más comunes y complejas que el impacto de los huracanes o los accidentes

en vehículos a motor. Sin embargo, los responsables que determinaron la forma de nuestro sistema diagnóstico decidieron no reconocer esta evidencia. A día de hoy, veinte años y cuatro revisiones después, el DSM y todo el sistema basado en él obvian a las víctimas del abuso infantil y del abandono, de igual modo que ignoraron los apuros de los veteranos antes de que el TEPT se introdujera en 1980.

LA EPIDEMIA OCULTA

¿Cómo se convierte a un bebé recién nacido con todo su potencial y sus capacidades infinitas en un vagabundo ebrio de treinta años? Como pasa con muchos grandes descubrimientos, el internista Vincent Felitti dio con la respuesta a esta pregunta accidentalmente.

En 1985, Felitti era el director del Departamento de Medicina Preventiva de Kaiser Permanente de San Diego, que en aquella época era el mayor programa de cribado médico del mundo. También dirigía una clínica de obesidad que usaba una técnica llamada «ayuno absoluto suplementado» para producir una pérdida de peso drástica sin cirugía. Un día, una auxiliar de enfermería de 28 años se presentó en su despacho. Felitti aceptó su queja de que la obesidad era su mayor problema y la apuntó al programa. En las siguientes 51 semanas, su peso pasó de 185 kg a 59 kg.

Sin embargo, cuando Felitti la vio al cabo de unos meses, había ganado más peso del que pensaba que era biológicamente posible en tan poco tiempo. ¿Qué había sucedido? Resultó que su nuevo cuerpo esbelto había atraído a un compañero de trabajo, que empezó a flirtear con ella y luego le sugirió mantener relaciones sexuales. Ella se fue a casa y empezó a comer. Estuvo atiborrándose durante el día, y de noche comía sonámbula. Cuando Felitti exploró esta reacción extrema, descubrió un largo historial de incesto con su abuelo.

Era solo el segundo caso de incesto que Felitti había encontrado en su práctica médica de veintitrés años y, sin embargo, diez días después escuchó una historia similar. Cuando él y su equipo empezaron a analizarlo más de cerca, se sorprendieron al descubrir que la mayoría de sus pacientes con obesidad mórbida había sufrido abusos sexuales en la infancia. También descubrieron muchos otros problemas familiares.

En 1990, Felitti fue a Atlanta a presentar datos de las primeras 286 entrevistas a pacientes del equipo a una reunión de la Asociación

Norteamericana para el Estudio de la Obesidad. Se quedó sorprendido de la dura respuesta de algunos expertos: ¿por qué creía a esos pacientes? ¿No se daba cuenta de que inventarían cualquier explicación para justificar sus vidas fracasadas? Sin embargo, un epidemiólogo del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) animó a Felitti a empezar un estudio mucho mayor, basado en la población general, y le invitó a unirse a un pequeño grupo de investigadores del centro CDC. El resultado fue el monumental estudio sobre las Experiencias Infantiles Adversas (conocido como el estudio ACE, por sus siglas en inglés), una colaboración entre el CDC y el Kaiser Permanente, con los médicos Robert Anda y Vincent Felitti como codirectores del estudio.

Más de 50.000 pacientes de Kaiser pasaron anualmente por el Departamento de Medicina Preventiva para una revisión completa, que incluía rellenar un extenso cuestionario médico. Felitti y Anda pasaron más de un año desarrollando diez nuevas preguntas[14] para cubrir las categorías minuciosamente definidas de las experiencias infantiles adversas, incluyendo el abuso físico y sexual, el abandono físico y emocional y la disfunción familiar, como el hecho de tener padres divorciados, con alguna enfermedad mental, adictos a alguna sustancia o en la cárcel. Luego pidieron a 25.000 pacientes consecutivos si estarían dispuestos a proporcionarles información sobre acontecimientos de su infancia; 17.421 dijeron que sí. Posteriormente, sus respuestas se compararon con la información médica detallada de que disponían en Kaiser sobre todos los pacientes.

El estudio ACE reveló que las experiencias vitales traumáticas durante la infancia y la adolescencia son mucho más comunes de lo que cabría esperar. Los encuestados eran principalmente personas de raza blanca, de clase media, de mediana edad, con buena formación y con la suficiente seguridad económica para tener buenos seguros médicos y, sin embargo, solo un tercio de ellos afirmó no haber tenido experiencias infantiles adversas.

- Uno de cada diez encuestados respondió afirmativamente a la pregunta: «¿Alguno de sus progenitores u otra persona adulta del hogar a menudo o muy a menudo decía palabrotas, le insultaba o le menospreciaba?».
- Más de un cuarto de ellos respondió afirmativamente a la pregunta: «¿Alguno de sus progenitores a menudo o muy a menudo le empujaba, agarraba, golpeaba o le lanzaba cosas?» y «¿Alguno de sus progenitores a menudo o muy a menudo le golpeaba tan fuerte que le quedaban

marcas o lesiones?». En otras palabras, es probable que más de un cuarto de la población de Estados Unidos sufriera repetidamente abusos físicos en la infancia.

- A las preguntas: «¿Algún adulto o alguna persona como mínimo 5 años mayor que usted le tocó el cuerpo de manera sexual? y «¿Algún adulto o persona como mínimo 5 años mayor que usted intentó mantener relaciones orales, anales o vaginales con usted?», el 28 % de las mujeres y el 16 % de los hombres respondieron afirmativamente.
- 1 de cada 8 personas respondió afirmativamente a las preguntas: «De niño, ¿fue testigo, en ocasiones, a menudo o muy a menudo, de cómo empujaban, agarraban, golpeaban o lanzaban algo a su madre?»; «De niño, ¿fue testigo de cómo su madre, en ocasiones, a menudo o muy a menudo, recibía patadas, era mordida, golpeada con los puños o con un objeto contundente?».[15]

Cada respuesta afirmativa se contaba como un punto, con lo cual la posible puntuación ACE iba de 0 a 10. Por ejemplo, una persona que sufría abusos verbales frecuentes, que tenía una madre alcohólica y cuyos padres estaban divorciados tendría una puntuación ACE de 3. De los dos tercios de encuestados que indicaron haber tenido una experiencia adversa, el 87 % tuvo una puntuación de 2 o más. 1 de cada 6 encuestados tuvo una puntuación ACE de 4 o más.

En resumen, Felitti y su equipo observaron que las experiencias adversas están interrelacionadas, aunque suelan estudiarse por separado. No es frecuente que la gente crezca en una familia en la que un hermano está en la cárcel pero todo lo demás va bien. Las personas no viven en familias en las que la madre sufre malos tratos pero la vida, por lo demás, es de color de rosa. Los incidentes de abuso no son nunca acontecimientos aislados. Y para cada experiencia adversa adicional declarada, el peaje en forma de daños posteriores aumenta.

Felitti y su equipo descubrieron que el primer lugar en el que los efectos del trauma infantil se hacen evidentes es en la escuela. Más de la mitad de las personas con puntuaciones ACE de 4 o más puntos declararon tener problemas de aprendizaje o de comportamiento, en comparación con el 3 % de los que tuvieron una puntuación de 0. Al madurar, estos niños no dejaron atrás los efectos de sus experiencias tempranas. Como observa Felitti, «Las experiencias traumáticas suelen perderse en el tiempo y terminan escondidas

en forma de culpabilidad, secretos y tabús sociales», pero el estudio reveló que el impacto de los traumas impregnaba la vida adulta de estos pacientes. Por ejemplo, las puntuaciones ACE elevadas estaban correlacionadas con un absentismo laboral mayor, más problemas financieros y menores ingresos de por vida.

En cuanto al sufrimiento personal, los resultados fueron devastadores. A medida que la puntuación ACE aumenta, la depresión crónica en la edad adulta también sube drásticamente. En el caso de los que tuvieron una puntuación ACE de 4 o más, su prevalencia es del 66 % en las mujeres y del 35 % en los hombres, en comparación con el 12 % en los que tuvieron una puntuación ACE de 0. La probabilidad de tomar medicación antidepresiva o analgésicos también aumentaba proporcionalmente. Como Felitti ha destacado, podemos estar tratando hoy experiencias que sucedieron hace 50 años, a un coste mucho mayor. Los antidepresivos y analgésicos constituyen una parte importante del creciente gasto nacional en atención sanitaria.[16] (Irónicamente, la investigación ha demostrado que los pacientes con depresión sin historiales previos de abusos o negligencia suelen responder mucho mejor a los antidepresivos que los pacientes con esas historias).[17]

Los intentos de suicidio reconocidos aumentan exponencialmente con las puntuaciones ACE. Desde una puntuación de 0 a una de 6, existe una probabilidad de intento de suicidio 5000 veces superior. Cuanto más aislada y desprotegida se siente una persona, más le parecerá la muerte la única salida. Cuando los medios de comunicación relacionan el medio ambiente con un aumento del 30 % del riesgo de sufrir algún cáncer, sale en los titulares; sin embargo, estos otros datos, mucho más drásticos, se pasan por alto.

Como parte de su evaluación médica inicial, se preguntó a los participantes del estudio: «¿Se ha considerado alguna vez una persona alcohólica?». Las personas con una puntuación ACE de 4 tenían una probabilidad 7 veces mayor de ser alcohólicos que los adultos con una puntuación de 0. El consumo de drogas inyectadas aumentaba exponencialmente: en el caso de las personas con una puntuación ACE de 6 o más, la probabilidad de consumir drogas intravenosas era 4600 veces mayor que en las personas con una puntuación de 0.

A las mujeres del estudio se les preguntaba si habían sufrido alguna violación en la edad adulta. Con una puntuación ACE de 0, la prevalencia de violaciones era del 5 %; con una puntuación de 5 o más era del 33 %. ¿Por qué las chicas que han sufrido abusos o abandono tienen más probabilidades

de ser violadas en la edad adulta? Las respuestas a esta pregunta tienen unas implicaciones que van más allá de la violación. Por ejemplo, muchos estudios han demostrado que las chicas que son testigos de violencia doméstica en la infancia tienen un riesgo mucho mayor de terminar manteniendo relaciones violentas también, mientras que en el caso de los niños que presencian violencia doméstica, el riesgo de que terminen maltratando a sus parejas aumenta siete veces[18]. Más del 12 % de los participantes del estudio había visto cómo maltrataban a su madre.

La lista de comportamientos de alto riesgo pronosticados según la puntuación ACE incluía el tabaquismo, la obesidad, los embarazos no deseados, tener múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual. Finalmente, el peaje a pagar en forma de problemas de salud importantes era sorprendente: las personas con una puntuación ACE de 6 o más tenían un 15 % o más posibilidades de las que tenían una puntuación ACE de 0 de sufrir alguna de las diez principales causas de mortalidad en Estados Unidos, como por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiaca isquémica y enfermedad hepática. Tenían el doble de probabilidades de sufrir cáncer y cuatro veces más probabilidades de sufrir enfisema. El estrés permanente sobre el cuerpo se va cobrando su peaje.

CUANDO LOS PROBLEMAS SON REALMENTE SOLUCIONES

Doce años después de haberla tratado por primera vez, Felitti volvió a ver a la mujer cuya drástica pérdida y recuperación de peso originaron su investigación. Le contó que posteriormente se había sometido a una operación bariátrica, pero que después de perder cuarenta y cuatro kilos empezó a tener ideaciones suicidas. Necesitó cinco hospitalizaciones psiquiátricas y tres ciclos de electroshock para controlar sus ideas suicidas. Felitti destaca que la obesidad, que se considera un importante problema de salud pública, en realidad puede ser una solución personal para muchas personas. Piense en sus implicaciones: si malinterpretamos lo que para una persona es una solución como un problema que hay que eliminar, no solo es probable que fracasen en el tratamiento, como sucede en los programas contra las adicciones, sino que pueden aparecer otros problemas.

Una mujer que había sido violada contó a Felitti: «El sobrepeso se ignora, y esto es lo que yo necesito».[19] El peso puede proteger a los hombres,

también. Felitti recuerda a dos guardias de la prisión estatal que participaron en su programa para personas obesas. Recuperaron rápidamente el peso que habían perdido, porque se sentían mucho más seguros siendo los tipos más grandes del módulo. Otro paciente se volvió obeso después de que sus padres se divorciaran y se fuera a vivir con su abuelo alcohólico. Explicaba: «No comía porque tuviera hambre y todo eso. Simplemente era un lugar en el que estar seguro. Desde la guardería, siempre me pegaban. Cuando engordé, dejaron de pegarme».

El grupo de estudio del ACE concluyó: «Aunque se sabe extensamente que es perjudicial para la salud, las adaptaciones [como fumar, beber, las drogas o la obesidad] son muy difíciles de abandonar. Se tiene demasiado poco en cuenta la posibilidad de que muchos riesgos a largo plazo para la salud también puedan ser beneficiosos a corto plazo. A menudo escuchamos a los pacientes hablar de los beneficios de esos "riesgos para la salud". La idea de que el problema sea la solución, aunque comprensiblemente sea un problema para algunos, encaja con el hecho de que en los sistemas biológicos las fuerzas opuestas conviven de forma rutinaria. Lo que vemos, el problema con el que se presenta el paciente, suele ser solo el marcador del problema de verdad, que permanece enterrado en el tiempo, oculto por la culpabilidad del paciente, el secretismo y en ocasiones la amnesia, y con frecuencia las molestias clínicas».

ABUSO INFANTIL: EL MAYOR PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN ESTADOS UNIDOS

La primera vez que escuché a Robert Anda presentar los resultados del estudio ACE, no pude contener las lágrimas. En su carrera en el centro CDC, ya había trabajado anteriormente en varias áreas de riesgos mayores, realizando por ejemplo un estudio sobre tabaco y riesgos cardiovasculares. Pero cuando los datos del estudio ACE empezaron a aparecer en su ordenador, se dio cuenta de que habían dado con el problema de salud pública más grave y más caro de Estados Unidos: el abuso infantil. Calculó que su coste total superaba el coste del cáncer o de la enfermedad cardiaca, y que erradicar el abuso infantil en Estados Unidos reduciría la tasa global de depresión en más de la mitad, la del alcoholismo en dos tercios y la de los suicidios, el consumo de drogas intravenosas y la violencia doméstica en tres cuartos.[20] También tendría un efecto drástico en el rendimiento laboral y en la

necesidad de encarcelar a gente.

Cuando se publicó el informe de las autoridades sanitarias sobre tabaquismo y salud en 1964, desencadenó una campaña legal y médica que ha durado décadas y que ha cambiado la vida y el pronóstico de salud a largo plazo para millones de personas. El número de fumadores estadounidenses cayó del 42 % de adultos en 1965 a un 19 % en 2010, y se calcula que entre 1975 y 2000 se evitaron aproximadamente 800.000 muertes por cáncer de pulmón.[21]

El estudio ACE, sin embargo, no ha tenido este efecto. En todo el mundo se siguen publicando estudios de seguimiento y artículos, pero la realidad diaria de niños como Marilyn y los de las clínicas ambulatorias y centros de tratamiento residuales de todo el país sigue prácticamente igual. Simplemente, ahora se les administran grandes dosis de agentes psicotrópicos, que los vuelven más manejables, pero que también reducen su capacidad de experimentar placer y curiosidad, de crecer y desarrollarse emocional e intelectualmente, y de convertirse en personas productivas para la sociedad.

CAPÍTULO 10

TRAUMA DEL DESARROLLO: LA EPIDEMIA OCULTA

> La idea de que las experiencias infantiles adversas provocan alteraciones sustanciales en el desarrollo es más una intuición clínica que un hecho basado en la investigación. Que se sepa, no existe ninguna evidencia de alteraciones en el desarrollo precedidas en el tiempo de manera causal por cualquier tipo de síndrome traumático.

–Fragmento del escrito de la Asociación Americana de Psiquiatría en el que denegaba la creación del diagnóstico de trastorno de trauma del desarrollo, mayo de 2011

> La investigación sobre los efectos del maltrato precoz narra una historia distinta, en el sentido de que el maltrato precoz tiene unos efectos negativos duraderos en el desarrollo cerebral. Nuestras primeras experiencias esculpen nuestro cerebro. El maltrato es un cincel que da forma al cerebro para que lidie con los conflictos, pero pagando el coste de unas heridas profundas y duraderas. El abuso infantil no es algo que pueda «superarse». Es un mal que debemos reconocer y confrontar si realmente queremos hacer algo sobre el ciclo de violencia desenfrenada de este país.

–Martin Teicher, doctor en Medicina, *Scientific American*

Existen centenares de miles de niños como los que describiré ahora, que absorben enormes recursos, a menudo sin beneficios apreciables. Terminan abarrotando nuestras cárceles, las listas de los servicios sociales y nuestras clínicas. El público general los conoce solo como estadísticas. Decenas de miles de maestros, funcionarios del departamento de libertad condicional, trabajadores sociales, jueces y profesionales de la salud mental se pasan la vida intentando ayudarles, y el contribuyente paga las facturas.

Anthony tenía solo dos años y medio cuando fue derivado a nuestro Trauma Center por un centro infantil porque el personal de ese centro no podía manejar sus mordiscos, empujones, su negativa a dormir la siesta, su lloro intratable, los golpes que se daba en la cabeza y su balanceo. No se sentía seguro con ningún miembro del personal, y fluctuaba entre un colapso en total abatimiento y un desafío rabioso.

Cuando le conocimos a él y a su madre, se aferraba ansiosamente a ella, ocultando su rostro, mientras ella le iba diciendo: «No seas pequeño». Se sobresaltó cuando una puerta se cerró de golpe en el pasillo y entonces se escondió aún más en el regazo de su madre. Cuando ella se lo quitó de encima, se sentó en una esquina y empezó a golpearse la cabeza. «Lo hace para fastidiarme», dijo la madre. Cuando le preguntamos por su pasado, nos contó que sus padres la habían abandonado y que se crio con una serie de parientes que la pegaban, la ignoraban y empezaron a abusar sexualmente de ella a los trece años. Se quedó embarazada de un novio alcohólico que la dejó cuando ella le contó que estaba embarazada de él. Anthony era igual que su padre, dijo ella, un inútil. Había tenido varias peleas violentas con varios novios, pero estaba segura de que todas se habían producido demasiado tarde por la noche para que Anthony se diera cuenta.

Si Anthony hubiera ingresado en un hospital, seguramente le habrían diagnosticado una serie de trastornos psiquiátricos diferentes: depresión, trastorno desafiante oposicionista, ansiedad, trastorno de apego reactivo, TDAH y TEPT. Sin embargo, ninguno de estos diagnósticos aclararía qué le pasaba a Anthony: estaba muerto de miedo y luchaba por su vida, y no confiaba en que su madre pudiera ayudarle.

Luego tenemos a María, una chica de quince años de origen latino, una de

los más de medio millón de niños en Estados Unidos que crecen en un hogar de acogida o en programas de tratamiento residenciales. María es obesa y agresiva. Tiene un historial de abuso sexual, físico y emocional y ha vivido en más de veinte lugares de acogida diferentes desde los ocho años. El montón de historiales médicos que llevaba bajo el brazo la describían como taciturna, vengativa, impulsiva, temeraria y agresiva consigo misma, con unos cambios de humor extremos y un carácter explosivo. Ella se describía a sí misma como «basura, inútil, rechazada».

Tras varios intentos de suicidio, María ingresó en uno de nuestros centros de tratamiento residenciales. Al principio, estuvo taciturna y retraída, y se ponía violenta cuando la gente se le acercaba demasiado. Después de que otros enfoques fracasaran, se la apuntó en un programa de tratamiento con caballos en el que cuidaba a diario de su caballo y aprendía doma clásica básica. Al cabo de dos años, hablé con María en su graduación. La aceptaron en un centro de secundaria. Cuando le pregunté qué la había ayudado más, me respondió: «El caballo que cuidé». Me contó que primero empezó a sentirse segura con su caballo; allí estaba cada día, esperándola pacientemente, aparentemente contento de verla. Empezó a sentir una conexión visceral con otra criatura y empezó a hablarle como a un amigo. Poco a poco, empezó a hablar con los otros niños del programa y, a la larga, con su consejero.

Virginia es una niña blanca adoptada de trece años. Fue separada de su madre biológica por el consumo de drogas de esta; después de que su primera madre adoptiva cayera enferma y muriera, pasó de hogar de acogida en hogar de acogida antes de volver a ser adoptada. Virginia se mostraba seductora con cualquier hombre que se cruzara en su camino, y describió varios abusos sexuales y físicos con varios canguros y cuidadores temporales. Vino a nuestro programa de tratamiento residencial después de trece hospitalizaciones por intentos de suicidio. El personal la describía como aislada, controladora, explosiva, sexualizada, intrusiva, vengativa y narcisista. Ella se describía como asquerosa y afirmaba desear estar muerta. Los diagnósticos de su historial eran trastorno bipolar, trastorno explosivo intermitente, trastorno de apego reactivo, trastorno por déficit de atención (TDA) del subtipo hiperactivo, trastorno desafiante oposicionista y trastorno de abuso de sustancias. Pero, ¿quién era realmente Virginia? ¿Cómo podíamos ayudarla a tener una vida?[1]

Solo podemos esperar resolver los problemas de estos niños y niñas si

definimos correctamente lo que les sucede y hacemos algo más que desarrollar nuevos fármacos para controlarlos o intentar encontrar «el» gen responsable de su «enfermedad». El reto es encontrar formas de ayudarles a llevar una vida productiva y, con ello, ahorrar cientos de millones de dólares a los contribuyentes. Este proceso empieza enfrentándonos a los hechos.

¿GENES DEFECTUOSOS?

Con estos problemas generalizados y estos padres disfuncionales, cabría la tentación de atribuir sus problemas simplemente a unos genes defectuosos. La tecnología siempre produce nuevas direcciones para la investigación, y cuando fue posible realizar pruebas genéticas, la psiquiatría se comprometió a encontrar las causas genéticas de las enfermedades mentales. Encontrar un vínculo genético parecía especialmente relevante en el caso de la esquizofrenia, una forma bastante común (que afecta al 1 % de la población), grave y desconcertante de enfermedad mental y que claramente destroza a las familias. Y sin embargo, después de treinta años y una investigación que ha costado millones y millones de dólares, no se ha logrado encontrar ningún patrón genético coherente para la esquizofrenia –ni para ninguna otra enfermedad psiquiátrica, por cierto–.[2] Algunos de mis compañeros han trabajado duro para descubrir los factores genéticos que predisponen a la gente a desarrollar estrés traumático.[3] Esta búsqueda sigue, pero por ahora no ha logrado aportar ninguna respuesta sólida.[4]

La investigación reciente ha echado por tierra la simple idea de que «tener» un gen en particular produce un resultado concreto. Resulta que varios genes pueden contribuir conjuntamente a influir en un único resultado. Y aún más importante: los genes no son fijos; los acontecimientos vitales pueden desencadenar mensajes bioquímicos que pueden conectarlos o desconectarlos añadiendo grupos de metilo, una unión de átomos de carbono e hidrógeno, en la parte externa del gen (un proceso llamado «metilación), haciendo que sean más o menos sensibles a los mensajes del cuerpo. Aunque los acontecimientos vitales pueden cambiar el comportamiento del gen, no alteran su estructura fundamental. Los patrones de metilación, sin embargo, pueden pasarse a los descendientes, un fenómeno conocido como *epigenética*. De nuevo, el cuerpo lleva la cuenta, en los niveles más profundos del organismo.

Uno de los experimentos de epigenética más citado ha sido el realizado

por el investigador Michael Meaney de la Universidad McGill, en el que estudió a las crías de ratas recién nacidas y a sus madres.[5] Descubrió que la cantidad de lametones y de cuidados que una madre dedica a sus crías durante sus primeras doce horas de vida influye permanentemente en la química cerebral que responde al estrés y modifica la configuración de más de mil genes. Las crías de rata que son muy lamidas por su madre son más valientes y producen menores niveles de hormonas del estrés bajo situaciones estresantes que aquellas cuyas madres son menos atentas. También se recuperan más deprisa, una ecuanimidad que les dura toda la vida. Desarrollan unas conexiones más gruesas en el hipocampo, un centro clave para el aprendizaje y la memoria, y tienen mejores resultados en una capacidad importante en los roedores: encontrar la salida a través de laberintos.

Estamos empezando a aprender que las experiencias estresantes también influyen en la expresión genética en los humanos. Los niños cuyas madres embarazadas quedaron atrapadas en casas sin calefacción durante la larga tormenta de hielo que hubo en Quebec, tuvieron importantes cambios epigenéticos en comparación con los hijos de madres cuya calefacción fue restablecida al cabo de un día.[6] Moshe Szyf, investigador de McGil, comparó los perfiles epigenéticos de cientos de niños nacidos en los extremos de los privilegios sociales en el Reino Unido y midió los efectos de los abusos infantiles en ambos grupos. Las diferencias de clase social se asociaron con unos perfiles epigenéticos claramente distintos, pero los niños maltratados de ambos grupos tuvieron en común modificaciones específicas en 73 genes. Según el propio Szyf, «Se pueden producir importantes cambios en nuestro cuerpo no solo con productos químicos y toxinas, sino también con el modo en que nuestro mundo social habla a nuestro mundo innato».[7]-[8]

LOS MONOS ACLARAN ANTIGUAS PREGUNTAS SOBRE NATURALEZA FRENTE A CRIANZA

Una de las maneras más claras de comprender cómo la calidad de la crianza y del entorno afecta en la expresión de los genes resulta del trabajo de Stephen Suomi, jefe del laboratorio clínico de Etología Comparativa[9] de los Institutos Nacionales de Salud. Durante más de cuarenta años, Suomi ha estado estudiando la transmisión de personalidad a través de generaciones de monos rhesus, que comparten el 95 % de los genes con los humanos, un número

superado tan solo por los chimpancés y los bonobos. Como los humanos, los monos rhesus viven en grandes grupos sociales con complejas alianzas y relaciones de estatus, y solo los miembros que pueden sincronizar su comportamiento con las demandas de la tropa sobreviven y prosperan.

Los monos rhesus también son como los humanos en sus patrones de apego. Sus bebés dependen del contacto físico íntimo con sus madres, y como Bowlby observó en los seres humanos, se desarrollan explorando sus reacciones con su entorno, corriendo hacia sus madres en cuanto se sienten asustados o perdidos. Una vez se vuelven más independientes, jugar con sus semejantes es la principal manera de aprender a desenvolverse en la vida.

Suomi identificó dos tipos de personalidad que permanentemente se meten en problemas: los monos estirados y nerviosos, que se vuelven asustadizos, retraídos y deprimidos incluso en situaciones en las que otros monos juegan y exploran; y los monos sumamente agresivos, que crean tantos problemas que con frecuencia los evitan, los pegan o los matan. Ambos tipos son biológicamente diferentes de sus semejantes. Las anomalías en los niveles de activación, las hormonas del estrés y el metabolismo de la química cerebral como la serotonina se pueden detectar a las dos semanas de vida, y ni su biología ni su comportamiento suelen cambiar cuando maduran. Suomi descubrió un amplio abanico de comportamientos de base genética. Por ejemplo, los monos estirados (clasificados como tales a partir de su comportamiento y de sus niveles de cortisol a los seis meses) consumen más alcohol en situaciones experimentales que los otros cuando alcanzan la edad de cuatro años. Los monos genéticamente agresivos también se exceden, pero beben descontroladamente hasta el punto de quedar inconscientes, mientras que los monos estirados parecen beber para tranquilizarse.

Y, sin embargo, el entorno social también contribuye de manera significativa al comportamiento y a la biología. Las hembras estiradas y nerviosas no juegan bien con las demás y por ello suelen carecer de apoyo social cuando paren y están en situación de alto riesgo de abandonar o de abusar de sus primogénitos. Pero cuando estas hembras pertenecen a un grupo social estable, suelen convertirse en madres diligentes que cuidan atentamente de sus crías. Bajo ciertas condiciones, ser una madre ansiosa puede proporcionar una protección muy necesaria. Las madres agresivas, por otro lado, no tuvieron ninguna ventaja social: muy punitivas con su descendencia, pegan, golpean y muerden mucho. Si las crías sobreviven, sus madres suelen impedirles que entablen amistad con sus semejantes.

En la vida real, es imposible determinar si el comportamiento de la gente agresiva o estirada es resultado de los genes de sus progenitores o de haberse criado con una madre abusiva (o ambas cosas). Pero en un laboratorio de monos, podemos alejar a los recién nacidos con genes vulnerables de sus madres biológicas y colocarlos con madres colaborativas para que los críen o en grupos de juego con semejantes.

Los monos jóvenes que son retirados de sus madres al nacer y criados exclusivamente con sus semejantes desarrollan un fuerte apego hacia ellos. Se aferran desesperadamente unos a otros y no se despegan lo suficiente para iniciar exploraciones saludables y jugar. Por ello carecen de la complejidad y la imaginación típica de los monos normales. Estos monos crecen siendo estirados: se asustan en las nuevas situaciones y carecen de curiosidad. Independientemente de su predisposición genética, los monos criados por semejantes reaccionan en exceso ante el menor estrés: su cortisol aumenta mucho más en respuesta a los ruidos fuertes que el de los monos que fueron criados por sus madres. Su metabolismo de serotonina es incluso más anormal que el de los monos genéticamente predispuestos a la agresividad pero que fueron criados por sus madres. Esto nos lleva a la conclusión de que, al menos en el caso de los monos, la experiencia temprana tiene al menos igual de impacto en la biología que la herencia.

Los monos y los seres humanos comparten las mismas dos variantes del gen de la serotonina (conocidas como alelos largos y cortos del transportador de serotonina). En los seres humanos, el alelo corto se ha asociado con la impulsividad, la agresividad, la búsqueda de sensaciones, los intentos de suicidio y la depresión severa. Suomi demostró que, al menos en los monos, el entorno conforma el modo en que estos genes afectan al comportamiento. Los monos con el alelo corto que se criaron con una madre adecuada se comportaron con normalidad y no presentaron ningún déficit en su metabolismo de serotonina. Los que se criaron con sus semejantes se convirtieron en temerarios agresivos.[10] Del mismo modo, el investigador Alec Roy de Nueva Zelanda descubrió que los seres humanos con el alelo corto presentaban mayores tasas de depresión que los que tenían la versión larga, pero esto solo era aplicable si también tenían un historial infantil de maltrato o abandono. La conclusión está clara: los niños que tienen la suerte de tener un progenitor en sintonía y atento no desarrollarán este problema relacionado con la genética.[11]

El trabajo de Suomi confirma todo lo que hemos aprendido de los

compañeros que estudian el apego en seres humanos y de nuestra propia investigación clínica: las relaciones tempranas seguras y protectoras son críticas para proteger a los hijos de problemas a largo plazo. Además, incluso los padres con vulnerabilidades genéticas propias pueden traspasar esta protección a la siguiente generación, siempre y cuando cuenten con el apoyo adecuado.

RED NACIONAL PARA EL ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL

Casi todas las enfermedades médicas, desde el cáncer a la retinitis pigmentosa, cuentan con grupos de apoyo que promueven el estudio y el tratamiento de esa patología en concreto. Pero hasta 2001, cuando se creó la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil mediante una ley del Congreso estadounidense, no había ninguna organización global dedicada a la investigación y al tratamiento de niños traumatizados.

En 1998, recibí una llamada de Adam Cummings de la Nathan Cummings Foundation contándome que estaban interesados en estudiar los efectos del trauma en el aprendizaje. Yo les dije que, aunque se había hecho un muy buen trabajo sobre este tema,[12] no había ningún foro donde implementar los hallazgos resultantes. El desarrollo mental, biológico o moral de los niños traumatizados no se estaba enseñando sistemáticamente a los profesionales del cuidado infantil, ni a los pediatras, ni en las facultades de Psicología o Trabajo Social.

Adam y yo coincidimos en que teníamos que arreglar ese problema. Unos ocho meses después organizamos un *think tank* con representantes del Departamento de Sanidad y de Servicios a las Personas y del Departamento de Justicia de Estados Unidos, el asesor en materia sanitaria del senador Ted Kennedy y un grupo de compañeros míos especializados en trauma infantil. Todos conocíamos los fundamentos de cómo el trauma afecta a la mente y al cerebro en desarrollo, y todos éramos conscientes de que el trauma infantil es radicalmente diferente del estrés traumático en adultos plenamente desarrollados. El grupo concluyó que si realmente queríamos poner firmemente la cuestión del trauma infantil en el mapa, tenía que haber una organización nacional que promoviera el estudio del trauma infantil así como la educación de maestros, jueces, ministros, padres de acogida, médicos, funcionarios de libertad condicional, enfermeros y profesionales de la salud

mental; es decir, cualquier persona que trabaje con niños que han sufrido abusos y traumas.

Bill Harris, un miembro de nuestro grupo de trabajo, tenía mucha experiencia con la legislación sobre cuestiones relativas a la infancia, y se fue a trabajar con el personal del senador Kennedy para dar forma de ley a nuestras ideas. El proyecto de ley que creaba la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil pasó por el Senado con el abrumador apoyo de los dos partidos, y desde 2001 ha pasado de ser una red colaborativa de 17 centros a contar con más de 150 centros a nivel nacional. Dirigido por los centros de coordinación de la Duke University y de UCLA, la red incluye universidades, hospitales, agencias tribales, programas de desintoxicación, clínicas de salud mental y facultades. Cada uno de los centros, a su vez, colabora con los sistemas escolares locales, con hospitales, agencias de bienestar, centros para personas sin techo, programas de justicia juvenil y casas para víctimas de violencia doméstica, con un total de más de 8300 miembros afiliados.

Con la red creada y en funcionamiento, tuvimos los medios para establecer un perfil más claro de los niños traumatizados en cada parte del país. Mi compañero Joseph Spinazzola, de la Trauma Clinic, dirigió un estudio en el que examinaron los historiales de aproximadamente dos mil niños y adolescentes de agencias de toda la red.[13] Pronto confirmamos lo que habíamos sospechado: más de la mitad había sufrido abusos emocionales o tenían a un cuidador demasiado deteriorado para ocuparse de sus necesidades. Casi el 50 % había perdido temporalmente a sus cuidadores debido a la cárcel, programas de tratamiento o el servicio militar, y habían sido cuidados por extraños, padres de acogida o parientes lejanos. Casi la mitad declaró haber presenciado violencia doméstica, y un cuarto también había sufrido abusos sexuales o físicos. En otras palabras, los niños y adolescentes del estudio eran el reflejo de los pacientes de Kaiser Permanente de mediana edad, de clase media, con unas puntuaciones ACE elevadas, que Vincent Felitti había analizado en el estudio sobre las Experiencias Infantiles Adversas.

EL PODER DEL DIAGNÓSTICO

En los años setenta, no había manera de clasificar el amplio abanico de síntomas de los centenares de miles de veteranos que volvían de Vietnam. Como vimos en los capítulos introductorios del libro, esto obligó a los

médicos a improvisar el tratamiento de sus pacientes y les impidió poder estudiar sistemáticamente qué enfoques funcionaban realmente. La adopción del diagnóstico de TEPT por parte del DSM-III en 1980 dio lugar a estudios científicos extensos y al desarrollo de tratamientos efectivos, que resultaron ser relevantes no solo para los veteranos de guerra, sino también para las víctimas de un abanico de acontecimientos traumáticos, como violaciones, asaltos y accidentes con vehículo a motor.[14] Un ejemplo del poder de gran alcance del hecho de disponer de un diagnóstico específico es que entre 2007 y 2010 el Departamento de Defensa gastó más de 2700 millones de dólares americanos en el tratamiento y la investigación sobre TEPT en veteranos de guerra, mientras que en el año fiscal 2009 el Departamento de Asuntos Relacionados con los Veteranos gastó 24,5 millones de dólares americanos en investigación interna sobre el TEPT.

La definición que da el DSM sobre el TEPT es bastante directa: es cuando una persona se expone a un acontecimiento horripilante «que implica la muerte real o la amenaza de ella o daños graves, o una amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas», causando «un miedo, una impotencia o un horror intensos», lo cual resulta en una variedad de manifestaciones: volver a experimentar intrusivamente el acontecimiento (*flashbacks*, pesadillas, sentir que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo), una evitación persistente e incapacitante (de personas, lugares, pensamientos o sentimientos asociados con el trauma, en ocasiones con amnesia de las partes importantes), y una mayor activación (insomnio, hipervigilancia o irritabilidad). Esta descripción sugiere una conclusión clara: una persona queda súbita e inesperadamente devastada por un acontecimiento atroz y nunca vuelve a ser la misma. El trauma puede haber terminado, pero sigue reproduciéndose en forma de recuerdos cíclicos continuos en un sistema nervioso reorganizado.

¿Cuán relevante era esta definición para los niños que estábamos viendo? Después de un único incidente traumático (la mordedura de un perro, un accidente o presenciar un tiroteo en la escuela) los niños pueden desarrollar síntomas básicos del TEPT similares a los de los adultos, aunque vivan en hogares seguros y comprensivos. Gracias a tener el diagnóstico de TEPT, ahora podemos tratar estos problemas de un modo bastante efectivo. En el caso de los niños trastornados con historiales de abuso y abandono que aparecen en las clínicas, las escuelas, los hospitales y las comisarías de policía, las raíces traumáticas de sus comportamientos son menos obvias,

especialmente porque raramente comentan que los han pegado, abandonado o tocado, incluso cuando se les pregunta. El 82 % de los niños traumatizados vistos en la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil no cumple los criterios diagnósticos del TEPT.[15] Como suelen estar desconectados y son recelosos o agresivos, ahora reciben diagnósticos pseudocientíficos como «trastorno desafiante oposicionista», que significa «este crío me odia y no hará nada de lo que yo le diga que haga», o «trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo», que significa que tiene rabietas. Al tener tantos problemas, estos niños acumulan numerosos diagnósticos con el tiempo. Antes de cumplir veinte años, muchos pacientes han recibido cuatro, cinco, seis o más de estas etiquetas que impresionan pero que no significan nada. Si reciben algún tratamiento, les dan lo que sea que se haya promulgado como método de manejo del día: medicaciones, modificación conductual o terapia de exposición, que raramente suelen funcionar y les hacen más daño.

A medida que la red nacional de estrés traumático infantil iba tratando a más y más niños, cada vez era más evidente que necesitábamos un diagnóstico que englobara la realidad de su experiencia. Empezamos con una base de datos de aproximadamente 20.000 niños que estaban siendo tratados en varios centros dentro de la red, y recopilamos todos los artículos de investigación que encontramos sobre niños víctimas de abusos y abandono. Estos fueron seleccionados hasta quedarnos con 130 estudios especialmente relevantes que incluían a más de 100.000 niños y adolescentes de todo el mundo. Posteriormente, un grupo de trabajo central de doce médicos e investigadores especializados en trauma infantil[16] se reunió dos veces al año durante cuatro años para preparar una propuesta para un diagnóstico adecuado, que decidimos llamar «trastorno de trauma del desarrollo».[17]

Al organizar nuestros hallazgos, descubrimos un perfil constante: (1) un patrón generalizado de desregulación; (2) problemas de atención y concentración, y (3) dificultades en llevarse bien consigo mismo y con los demás. Los estados de ánimo y los sentimientos de esos niños pasaban rápidamente de un extremo a otro, de rabietas y pánico al desapego, la monotonía y la disociación. Cuando se enfadaban (la mayoría del tiempo) no lograban calmarse ni describir lo que estaban sintiendo.

Tener un sistema biológico que permanentemente bombea hormonas del estrés para hacer frente a amenazas reales o imaginarias provoca problemas físicos: trastornos del sueño, cefaleas, dolor inexplicable, sensibilidad

extrema al tacto o al sonido. Estar tan agitado o desconectar les impide poder centrar la atención y concentrarse. Para aliviar su tensión, llevan a cabo una masturbación crónica, un balanceo o actividades autolesivas (morderse, cortarse, quemarse y golpearse, arrancarse el pelo, pellizcarse la piel hasta sangrar). Esto también causa dificultades con el procesamiento del lenguaje y la coordinación motriz fina. Al dedicar toda su energía a mantener el control, suele costarles prestar atención a las cosas que no son directamente importantes para la supervivencia (como el trabajo escolar) y su hiperactivación hace que se distraigan fácilmente.

El hecho de ser frecuentemente ignorados o abandonados les convierte en niños pegadizos y necesitados, incluso con las personas que han abusado de ellos. Al haberles pegado reiteradamente, haber sido objeto de abusos sexuales y de otro tipo de maltratos, no pueden evitar definirse a sí mismos como defectuosos e inútiles. Llegan a odiarse, a sentirse realmente defectuosos e inútiles. ¿A quién le sorprende que no confíen en nadie? Finalmente, la combinación de sentirse fundamentalmente despreciable y de reaccionar excesivamente ante la menor frustración hace que les cueste hacer amigos.

Publicamos los primeros artículos sobre nuestros hallazgos iniciales, desarrollamos una escala de valoración validada[18] y recogimos datos de aproximadamente 350 niños y sus padres o padres de acogida para establecer que este diagnóstico, el trastorno de trauma del desarrollo, incluía todo el abanico de cosas que les pasaban a estos niños. Esto nos permitiría darles un único diagnóstico, a diferencia de colocarles múltiples etiquetas, y localizaría de manera firme el origen de sus problemas en una combinación entre el trauma y el apego comprometido.

En febrero de 2009, mandamos nuestra propuesta de nuevo diagnóstico de trastorno de trauma del desarrollo a la Asociación Americana de Psiquiatría, afirmando lo siguiente en una carta de presentación:

> Los niños que se desarrollan en un contexto de peligro constante, de malos tratos y en sistemas de crianza inadecuados, no están bien tratados en los sistemas actuales de diagnóstico que ponen el acento en el control conductual sin el reconocimiento del trauma interpersonal. Los estudios sobre las secuelas de los traumas infantiles en el contexto de abusos o abandono por parte de los cuidadores demuestran de manera consistente unos problemas

> crónicos y graves con la regulación de las emociones, el control de los impulsos, la atención y la cognición, la disociación, las relaciones interpersonales, y los esquemas del yo y relacionales. Sin un diagnóstico sensible a los traumas, estos niños actualmente están siendo diagnosticados con una media de 3 a 8 trastornos comórbidos. La aplicación continuada de múltiples diagnósticos comórbidos diferentes en los niños traumatizados tiene graves consecuencias: desafía la parquedad, oscurece la claridad etiológica y corre el peligro de relegar el tratamiento y la intervención a una pequeña parte de la psicopatología del niño en lugar de promover un enfoque de tratamiento global.

Poco después de presentar nuestra propuesta, di una charla sobre el trastorno de trauma del desarrollo en Washington D. C. en una reunión de comisionados de salud mental de todo el país. Ofrecieron su apoyo a nuestra iniciativa escribiendo una carta a la AAP. La carta empezaba destacando que la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental servía anualmente a 6,1 millones de personas, con un presupuesto de 29.500 millones de dólares americanos, y concluía: «Pedimos a la AAP que añada el trauma del desarrollo a su lista de áreas priori-tarias para clarificar y caracterizar mejor su curso y secuelas clínicas y para destacar la importante necesidad de incluir el trauma del desarrollo en la valoración de los pacientes».

Yo confiaba en que, con esta carta, la AAP se tomaría en serio nuestra propuesta, pero al cabo de unos meses de haber enviado nuestra propuesta, Matthew Friedman, director ejecutivo del Centro Nacional para el TEPT y presidente del subcomité del DSM en cuestión, nos informó de que era poco probable que el TTD fuera incluido en el DSM-V. El consenso, según escribió, era que no se necesitaba ningún nuevo diagnóstico para rellenar ningún «nicho diagnóstico existente». ¿Un millón de niños que son abandonados y de los que abusan cada año en Estados Unidos es un «nicho diagnóstico»?

La carta seguía diciendo: «La noción de que las experiencias adversas en la infancia temprana conducen a alteraciones sustanciales en el desarrollo es más una intuición clínica que un hecho basado en la investigación. Es una afirmación que suele hacerse, pero que no está respaldada por estudios prospectivos». En realidad, incluimos varios estudios prospectivos en nuestra

propuesta. Veamos un par de ellos a continuación.

CÓMO LAS RELACIONES CONFORMAN EL DESARROLLO

Desde 1975 y durante casi 30 años, Alan Sroufe y sus compañeros siguieron a 180 niños y a sus familias en el estudio longitudinal de riesgo y adaptación de Minnesota.[19] En la época en la que se inició el estudio, había un intenso debate sobre el papel de la naturaleza frente a la crianza, y del temperamento frente al entorno en el desarrollo humano, y este estudio pretendía responder a estas cuestiones. El trauma todavía no era un tema popular, y el abuso infantil y el abandono no eran el enfoque central de ese estudio (al menos inicialmente, hasta que emergieron como los predictores más importantes del funcionamiento humano).

Trabajando con agencias médicas y sociales locales, los investigadores reclutaron a madres (caucásicas) primerizas que cumplían el criterio de pobreza para recibir ayudas públicas, pero que provenían de diferentes contextos y diferentes tipos y niveles de apoyo disponible para criar a sus hijos. El estudio empezó 3 meses antes del nacimiento de los niños y siguió a los hijos durante 30 años, hasta la edad adulta, evaluando y, cuando procedía, midiendo todos los aspectos importantes de su funcionamiento y todas las circunstancias significativas de su vida. Consideraba varias preguntas fundamentales: ¿cómo aprenden los niños a prestar atención mientras regulan su activación (por ejemplo, evitando subidas o bajadas extremas) y mantienen sus impulsos bajo control? ¿Qué tipo de apoyos necesitan, y cuándo los necesitan?

Después de extensas entrevistas y pruebas a los padres prospectivos, el estudio despegó realmente en la unidad de neonatos, donde los investigadores observaban a los recién nacidos y entrevistaban a las enfermeras que los cuidaban. Luego, hicieron visitas a domicilio 7 y 10 días después de su nacimiento. Antes de que los niños empezaran el primer curso de primaria, ellos y sus padres fueron evaluados minuciosamente un total de 15 veces. Después, los niños fueron entrevistados y realizaron varias pruebas en intervalos regulares hasta la edad de 28 años, con las contribuciones continuas de las madres y los maestros.

Sroufe y sus compañeros descubrieron que la calidad del cuidado y los factores biológicos están estrechamente relacionados. Es fascinante ver cómo

los resultados de Minnesota corroboran (aunque con una complejidad mucho mayor) lo que Stephen Suomi descubrió en su laboratorio de primates. No había nada inalterable. Ni la personalidad de la madre, ni las anomalías neurológicas de los bebés al nacer, ni su CI, ni su temperamento (incluyendo su nivel de actividad y su reactividad al estrés) predecían si el niño desarrollaría problemas conductuales graves en la adolescencia.[20] El tema clave, sin embargo, era la naturaleza de la relación progenitor-hijo: el modo en que los padres se sentían e interactuaban con sus hijos. Como pasaba con los monos de Suomi, la combinación de niños vulnerables y de cuidadores inflexibles resultaba en niños pegajosos y estirados. El comportamiento insensible, avasallador e intrusivo por parte de los padres a los 6 meses era un predictor de la hiperactividad y de los problemas de atención en la guardería y más allá.[21]

Centrándose en varias facetas del desarrollo, especialmente en las relaciones con los cuidadores, maestros y semejantes, Sroufe y sus compañeros descubrieron que los criadores no solo ayudan a mantener la activación dentro de límites manejables, sino que también ayudan a los niños a desarrollar su propia capacidad de regular su activación. Los niños que regularmente eran empujados a los límites de la activación excesiva y de la desorganización no sintonizaron adecuadamente sus sistemas cerebrales inhibidor y excitador, y crecían temiendo perder el control ante cualquier cosa desconcertante. Era una población vulnerable, y al final de la adolescencia, la mitad tenía problemas mentales diagnosticables. Eran unos patrones claros: los niños que recibían unos cuidados constantes se convertían en niños bien regulados, mientras que una crianza errática producía niños crónicamente activados fisiológicamente. Los hijos de padres imprevisibles solían reclamar atención y se frustraban intensamente ante cualquier pequeño reto. Su activación persistente los convertía en crónicamente ansiosos. El hecho de buscar constantemente la reafirmación interfería en el juego y en la exploración y, por consiguiente, crecían crónicamente nerviosos y siendo poco atrevidos.

El abandono parental precoz o un trato duro generaba problemas conductuales en la escuela y era indicativo de problemas con los semejantes y de una falta de empatía ante el malestar de los demás.[22] Esto daba lugar a un círculo vicioso: su activación crónica, combinada con la ausencia de consuelo paterno, los convertía en niños alterados, oposicionistas y agresivos. Los niños alterados y agresivos no son populares y provocan más rechazo y

castigos no solo por parte de sus cuidadores, sino también de sus maestros y semejantes.[23]

Sroufe también aprendió mucho sobre la resiliencia: la capacidad de superar la adversidad. De lejos, el mejor indicador de cómo habían lidiado estos sujetos con las decepciones inevitables de la vida era el nivel de seguridad establecido con su cuidador primario durante los dos primeros años de vida. Sroufe me dijo informalmente que pensaba que la resiliencia en la edad adulta podía pronosticarse por cómo las madres afectuosas valoraban a sus hijos a los dos años de edad.[24]

LOS EFECTOS DEL INCESTO A LARGO PLAZO

En 1986, Frank Putnam y Penelope Trickett, su compañera del Instituto Nacional de Salud Mental, iniciaron el primer estudio longitudinal sobre el impacto del abuso sexual en el desarrollo femenino.[25] Antes de que se publicaran los resultados de este estudio, nuestro conocimiento sobre los efectos del incesto se basaba por completo en los informes de los niños que habían revelado recientemente su abuso y en los relatos de adultos que reconstruían años o incluso décadas después cómo les había afectado el incesto. Ningún estudio había seguido nunca a las chicas mientras maduraban para examinar cómo el abuso sexual podía influir en su rendimiento escolar, en las relaciones con sus semejantes y en el concepto que tenían sobre sí mismas, así como en su vida amorosa posterior. Putnam y Trickett también observaron los cambios a largo plazo en las hormonas del estrés, las hormonas reproductoras, la función inmunológica y otras medidas fisiológicas de sus sujetos. Además, exploraron los potenciales factores protectores, como la inteligencia y el apoyo de familiares y semejantes.

Los investigadores reclutaron minuciosamente a 84 chicas derivadas por el Departamento de Servicios Sociales del Distrito de Columbia, que tenían un historial confirmado de abuso sexual por parte de un pariente. Se combinaron con un grupo control de 82 chicas de la misma edad, raza, estatus socioeconómico y constelación familiar que no habían sufrido abusos. La edad promedio de inicio eran los 11 años. En los 20 años siguientes, estos dos grupos se evaluaron minuciosamente 6 veces, una vez al año los primeros 3 años y luego a los 18, 19 y 25. Sus madres participaron en las primeras evaluaciones, y sus propios hijos participaron en la última. Un notable 96 % de las chicas, ahora ya mujeres, permanecieron en el estudio desde el inicio.

Los resultados fueron inequívocos: en comparación con las chicas de la misma edad, raza y circunstancias sociales, las chicas que habían sufrido abusos presentaban un gran abanico de efectos profundamente negativos, como déficits cognitivos, depresión, síntomas disociativos, un desarrollo sexual alterado, altas tasas de obesidad y automutilación. Abandonaban los estudios secundarios en una mayor proporción que el grupo control, sufrían más enfermedades mayores y usaban más la asistencia sanitaria. También mostraron anomalías en las respuestas de sus hormonas del estrés, tuvieron un inicio más temprano de la pubertad y acumulaban distintos diagnósticos psiquiátricos aparentemente no relacionados.

El estudio de seguimiento reveló muchos detalles sobre cómo el abuso afecta al desarrollo. Por ejemplo, cada vez que fueron evaluadas, se pidió a las chicas de ambos grupos que hablaran de lo peor que les había ocurrido en el año anterior. Al contar sus historias, los investigadores observaban cómo se alteraban, mientras medían su fisiología. Durante la primera valoración, todas las chicas reaccionaron angustiándose. Al cabo de tres años, en respuesta a la misma pregunta, las chicas que no habían sufrido abusos mostraron de nuevo señales de angustia, pero las que sí los habían sufrido se desconectaron y se insensibilizaron. Su biología encajaba con estas reacciones observables. Durante la primera valoración, todas las chicas presentaron un aumento en el cortisol, la hormona del estrés; tres años después el cortisol se redujo en las chicas con abusos mientras contaban el acontecimiento más estresante del año anterior. Con el tiempo, el cuerpo se ajusta al trauma crónico. Una de las consecuencias de la insensibilización es que los maestros, los amigos y las demás personas probablemente no noten que la chica está mal; puede que ni ella misma lo registre. Al insensibilizarse, deja de reaccionar ante la angustia como debería, como por ejemplo llevando a cabo medidas de protección.

El estudio de Putnam también captaba los efectos generalizados a largo plazo del incesto en la amistad y en la vida en pareja. Antes del inicio de la pubertad, las chicas que no habían sufrido abusos generalmente tenían varias amigas, así como algún amigo que actuaba como una especie de espía para informarles de cómo son esas extrañas criaturas llamadas «chicos». Una vez entrada la adolescencia, su contacto con los chicos aumentaba gradualmente. En cambio, antes de la pubertad, las chicas con abusos raramente tenían amigos cercanos (chicos o chicas) pero la adolescencia traía consigo muchos contactos caóticos y a menudo traumatizantes con los chicos.

No tener amigos en la escuela primaria marca una diferencia crucial. Ya sabemos qué crueles pueden ser las chicas con 9, 10 y 11 años. Es una época compleja e inestable, en la que las amistades se pueden torcer súbitamente y las alianzas se disuelven en exclusiones y traiciones. Pero hay un lado positivo: cuando llegan a secundaria, la mayoría de las chicas han empezado a dominar todo un conjunto de habilidades sociales, incluyendo saber identificar lo que sienten, negociar relaciones con los demás, fingir que les gusta gente que no les gusta, etcétera. Y la mayoría ha construido una red de apoyo bastante estable de chicas que se convierten en su equipo de manejo del estrés. Cuando poco a poco van entrando en el mundo del sexo y de las citas, estas relaciones proporcionan el espacio para la reflexión, los chismes y las conversaciones sobre lo que todo esto significa.

Las chicas que han sufrido abusos sexuales tienen un itinerario de desarrollo totalmente diferente. No tienen amigos de ninguno de los dos sexos porque no pueden confiar; se odian a sí mismas, y su biología va en su contra, llevándolas a reaccionar en exceso o a insensibilizarse. No pueden seguir el ritmo en los juegos de inclusión/exclusión normales basados en la envidia, en los que los jugadores deben seguir quedando bien en situaciones de estrés. Los otros niños generalmente no quieren nada con ellas, simplemente son demasiado raras. Pero esto no es más que el principio del problema. Las chicas con abusos y que son aisladas con historias de incesto maduran sexualmente un año y medio antes que las chicas que no han sufrido abusos. El abuso sexual acelera sus relojes biológicos y la secreción de hormonas sexuales. Al principio de la pubertad, las chicas con abusos tienen los niveles de testosterona y androstenediona (las hormonas que alimentan el deseo sexual) de tres a cinco veces más elevados, en comparación con las chicas del grupo control.

Los resultados del estudio de Putnam y Trickett siguen publicándose, pero ya han creado una hoja de ruta muy valiosa para los médicos que tratan con chicas que han sufrido sexualmente. En el Trauma Center, por ejemplo, uno de nuestros médicos indicó un lunes por la mañana que una paciente llamada Ayesha había sido violada (de nuevo) el fin de semana. Se escapó de su piso comunitario a las cinco de la tarde el sábado, se fue a un lugar de Boston frecuentado por drogadictos y luego se fue con un puñado de chicos en un coche. A las cinco de la mañana del domingo, la violaron en grupo. Como muchas de las adolescentes que vemos, Ayesha no sabe articular lo que quiere o necesita y no sabe cómo protegerse a sí misma. En lugar de eso,

vive en un mundo de acciones. Intentar explicar su comportamiento en términos de víctima/perpetrador no es útil, ni tampoco lo son etiquetas como «depresión», «trastorno desafiante oposicionista», «trastorno explosivo intermitente», «trastorno bipolar» o cualquiera de las otras opciones que nuestros manuales de diagnósticos nos ofrecen. El trabajo de Putnam nos ha ayudado a comprender cómo experimenta el mundo Ayesha, por qué no puede decirnos lo que le pasa, por qué es tan impulsiva y carente de autoprotección, y por qué nos ve como aterradores e intrusivos en lugar de como personas que pueden ayudarla.

EL DSM-V: UN VERDADERO REVOLTIJO DE «DIAGNÓSTICOS»

Cuando el DSM-V se publicó en mayo de 2013, incluía unos 300 trastornos en sus 945 páginas. Ofrece un verdadero revoltijo de posibles etiquetas para los problemas asociados con traumas graves de la infancia, incluyendo algunos nuevos como el trastorno de regulación disruptiva del estado de ánimo,[26] la autolesión no suicida, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de interacción social desregulada y el trastorno de control disruptivo de los impulsos.[27]

Antes del siglo XIX, los médicos clasificaban las enfermedades según sus manifestaciones superficiales, como las fiebres y las pústulas, lo cual no era descabellado, teniendo en cuenta lo poco de lo que disponían.[28] Esto cambió cuando científicos como Louis Pasteur y Robert Koch descubrieron que muchas enfermedades eran causadas por unas bacterias invisibles a simple vista. Entonces, la medicina se transformó gracias a sus intentos de descubrir maneras de eliminar esos organismos en lugar de simplemente tratar las ampollas y las fiebres que causaban. Con el DSM-V, la psiquiatría ha retrocedido claramente hacia la práctica médica de principios del siglo XIX. A pesar de que conocemos el origen de muchos de los problemas que identifica, sus «diagnósticos» describen los fenómenos superficiales ignorando por completo las causas subyacentes.

Antes incluso de la publicación del DSM-V, el *American Journal of Psychiatry* publicó los resultados de las pruebas de validez de varios nuevos diagnósticos, indicando que el DSM carece en gran medida de lo que en el mundo científico se conoce como «fiabilidad» (la capacidad de producir resultados consistentes y replicables). En otras palabras, carece de validez

científica. Curiosamente, la falta de fiabilidad y de validez no impidió que el DSM-V llegara a publicarse, a pesar del consenso prácticamente universal de que no representaba ninguna mejora con respecto al sistema diagnóstico anterior.[29] ¿El hecho de que la AAP ganara 100 millones de dólares americanos con el DSM-IV y de que planee ganar una cantidad similar (porque todos los profesionales de la salud mental, muchos abogados y otros profesionales están obligados a comprar la última edición) podría ser la razón de que tengamos este nuevo sistema diagnóstico?

La fiabilidad del diagnóstico no es una cuestión abstracta: si los médicos no se ponen de acuerdo en lo que aflige a sus pacientes, no hay forma de que puedan proporcionarles un tratamiento adecuado. Cuando no hay relación entre diagnóstico y cura, un paciente mal etiquetado se verá abocado a ser un paciente mal tratado. Del mismo modo que no querríamos que nos operaran de apendicitis si lo que tenemos es un cálculo renal, tampoco querríamos etiquetar a alguien como «oposicionista» cuando, en realidad, su comportamiento emana de su intento de protegerse contra un peligro real.

En una declaración hecha pública en junio de 2011, la Sociedad Británica de Psicología se quejaba a la AAP de que las fuentes del sufrimiento psicológico en el DSM-V se identificaban como «situadas dentro de los individuos», pasando por alto «las innegables causas sociales de muchos de esos problemas».[30] Esto se sumó a una ola de protestas por parte de profesionales americanos, incluyendo a líderes de la Asociación Americana de Psicología y la Asociación Americana de Counseling. ¿Por qué se excluyen las relaciones o las condiciones sociales?[31] Si solo consideramos los defectos biológicos y genéticos como causa de los problemas mentales e ignoramos el abandono, el abuso y las carencias, tenemos tantas probabilidades de caer en tantos puntos muertos como las generaciones anteriores que lo achacaban todo a unas madres terribles.

El rechazo más sorprendente al DSM-V vino del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, que financia la mayor parte de la investigación psiquiátrica en este país. En abril de 2013, unas semanas antes de que se lanzara formalmente el DSM-V, el director de este instituto, Thomas Insel, anunció que su agencia no podía seguir apoyando los «diagnósticos basados en síntomas» del DSM.[32] En lugar de eso, el instituto centraría su financiación en los llamados «criterios del ámbito de la investigación» (RDoC[33] por sus siglas en inglés) para crear un marco de estudio transversal entre categorías diagnósticas actuales. Por ejemplo, uno

de los ámbitos del Instituto Nacional de Salud Mental son los «sistemas de activación/modulatorios (activación, ritmo circadiano, sueño y vigilia)», que en varios pacientes se ven alterados en diferentes grados.

Como el DSM-V, el marco RDoC conceptualiza las enfermedades mentales meramente como trastornos cerebrales. Esto significa que la futura investigación que se financie explorará los circuitos cerebrales «y otras mediciones neurobiológicas» que subyacen tras los problemas mentales. Insel lo considera como un primer paso hacia el tipo de «medicina de precisión que ha transformado el diagnóstico y el tratamiento del cáncer». La enfermedad mental, sin embargo, no es en absoluto como el cáncer: los seres humanos son animales sociales, y los problemas mentales implican no ser capaz de llevarse bien con otras personas, no encajar, no sentirse integrado y, en general, no poder estar en la misma longitud de onda.

En el ser humano, todo (el cerebro, la mente y el cuerpo) está orientado hacia la colaboración en los sistemas sociales. Es nuestra estrategia de supervivencia más poderosa, la clave de nuestro éxito como especie, y es precisamente esto lo que no funciona en la mayoría de formas de sufrimiento mental. Como vimos en la parte 2, las conexiones neuronales en el cerebro y en el cuerpo tienen una importancia vital para comprender el sufrimiento humano, pero es importante no ignorar los cimientos de nuestra humanidad: las relaciones y las interacciones que conforman nuestra mente y nuestro cerebro cuando somos jóvenes y que aportan sustancia y significado a toda nuestra vida.

Las personas con un historial de malos tratos, abandono o carencias graves seguirán pasando inadvertidas y en gran medida no tratadas a menos que hagamos caso de la advertencia de Alan Sroufe: «Para comprender completamente cómo nos convertimos en las personas que somos (la evolución compleja y paso a paso de nuestras orientaciones, capacidades y comportamiento a lo largo del tiempo) hace falta más que una lista de ingredientes, por muy importante que sea cada uno de ellos. Requiere comprender el proceso de desarrollo, cómo todos estos factores funcionan conjuntamente de forma continua a lo largo del tiempo».[34] Los profesionales de la salud mental que trabajan en primera línea (trabajadores sociales y terapeutas sobrecargados y mal pagados por igual) parecen estar de acuerdo con nuestro enfoque. Poco después de que la AAP rechazara incluir el trastorno de trauma del desarrollo en el DSM, miles de médicos de todo el país enviaron pequeñas contribuciones al Trauma Center para ayudarnos a

realizar un gran estudio científico, conocido como ensayo de campo, para seguir estudiando el TTD. Este apoyo nos ha permitido entrevistar a cientos de niños, padres, padres de acogida y profesionales de la salud mental en cinco centros distintos de la red en los últimos años con herramientas diseñadas científicamente para la realización de entrevistas. Los primeros resultados de estos estudios ya se han publicado, y aparecerán más durante la impresión de este libro.[35]

¿QUÉ DIFERENCIA APORTARÍA EL DIAGNÓSTICO DE TTD?

Una diferencia sería que centraría la investigación y el tratamiento (por no citar la financiación) en los principios centrales que subyacen tras los cambiantes síntomas de los niños y adultos con traumas crónicos: desregulación biológica y emocional generalizada, apego inexistente o alterado, dificultades en concentrarse y en permanecer en el buen camino y una enorme falta de identidad personal coherente y de competencia. Estas cuestiones trascienden e incluyen casi todas las categorías diagnósticas, pero un tratamiento que no las ponga en primera fila en una posición central tendrá más probabilidades de fallar el tiro. Nuestro gran reto es aplicar las lecciones de la neuroplasticidad, la flexibilidad de los circuitos cerebrales, para reprogramar el cerebro y reorganizar la mente de las personas que han sido programadas por la propia vida para percibir a los demás como amenazas y a sí mismos como inútiles.

El apoyo social es una necesidad biológica, no una opción, y esta realidad debería ser la columna vertebral de toda prevención y tratamiento. Reconocer los profundos efectos del trauma y de las carencias en el desarrollo infantil no debe llevar a culpar a los padres. Podemos dar por supuesto que los padres lo hacen lo mejor que pueden, pero todos los padres necesitan ayuda para criar a sus hijos. Casi todos los países industrializados, con la excepción de Estados Unidos, lo reconocen y proporcionan algún tipo de apoyo garantizado a las familias. James Heckman, ganador del Premio Nobel de Economía en 2000, ha demostrado que los programas de calidad para la primera infancia que implican a los padres y que promueven las capacidades básicas en niños desaventajados son más que rentables en lo que a la mejora de resultados se refiere.[36]

A principios de los años setenta, el psicólogo David Olds trabajaba en un

centro de día de Baltimore en el que muchos de los niños en edad preescolar procedían de hogares azotados por la pobreza, la violencia doméstica y el consumo de drogas. Consciente de que abordar los problemas de los niños solo en la escuela no era suficiente para mejorar sus condiciones en el hogar, empezó un programa de visitas a domicilio en el que unas enfermeras formadas ayudaban a las madres a proporcionar un entorno seguro y estimulante para sus hijos y, durante el proceso, imaginar un futuro mejor para sí mismas. Veinte años después, los hijos de las madres que recibieron esas visitas no solo estaban más sanos, sino que tenían menos probabilidades de afirmar que habían sido maltratados o abandonados que un grupo similar cuyas madres no habían recibido esas visitas. También tenían más probabilidades de haber terminado los estudios, de no haber ido a la cárcel y de tener empleos mejor remunerados. Los economistas han calculado que cada dólar invertido en visitas a domicilio de gran calidad, en la asistencia de día y en los programas preescolares representa siete dólares de ahorro en servicios sociales, asistencia sanitaria, tratamientos de desintoxicación y encarcelamiento, además de mayores ingresos fiscales debido a unos empleos mejor remunerados.[37]

Cuando voy a Europa a dar clases, suelen ponerse en contacto conmigo funcionarios de los Ministerios de Sanidad de los países escandinavos, el Reino Unido, Alemania o los Países Bajos para pedirme que comparta una tarde con ellos para explicarles los últimos estudios sobre el tratamiento de niños y adolescentes traumatizados y sus familias. Lo mismo me piden muchos de mis compañeros. Estos países ya se han decidido a favor de una asistencia sanitaria universal, garantizando un salario mínimo, una baja paterna y materna remunerada para ambos progenitores y una asistencia infantil de alta calidad para todas las madres trabajadoras.

¿Acaso este enfoque de la salud pública podría tener algo que ver con el hecho de que la tasa de encarcelamiento en Noruega sea de 71/100.000 personas, en los Países Bajos de 81/100.000 y en Estados Unidos de 781/100.000? Mientras que la tasa de delincuencia en estos países es muy inferior a la del nuestro, el coste de la asistencia médica aproximadamente la mitad.

El 70 % de los presos de California creció en hogares de acogida. Estados Unidos gasta 84.000 millones de dólares americanos al año para encarcelar a personas a un coste aproximado de 44.000 dólares por preso; los países del norte de Europa, una fracción de este importe. En lugar de eso, invierten en

ayudar a los padres a criar a sus hijos en entornos seguros y previsibles. Sus resultados en las pruebas académicas y las tasas de delincuencia parecen reflejar el éxito de estas inversiones.

PARTE 4

LA HUELLA DEL TRAUMA

CAPÍTULO 11

DESTAPAR LOS SECRETOS: EL PROBLEMA DEL RECUERDO TRAUMÁTICO

> Es extraño que todos los recuerdos tengan estas dos cualidades. Siempre están repletos de quietud, esto es lo más sorprendente que tienen; y aunque las cosas no fueran así en realidad, siguen pareciendo tener esta cualidad. Son apariciones sin sonido, que me hablan con imágenes y gestos, sin palabras y en silencio, y su silencio es precisamente lo que me perturba.
>
> –Erich Maria Remarque, *All Quiet on the Western Front*

En la primavera de 2002, me pidieron que examinara a un joven que afirmaba haber sufrido abusos de pequeño por Paul Shanley, un sacerdote católico que había servido en su parroquia de Newton (Massachusetts). Con veinticinco años en ese momento, aparentemente había olvidado el abuso hasta que escuchó que el sacerdote estaba siendo investigado por abusar de niños. La pregunta que me asaltaba era: aunque aparentemente él parecía haber «reprimido» el abuso durante más de una década después de que terminara, ¿sus recuerdos eran creíbles? Y ¿estaba yo

dispuesto a testificar este hecho ante un juez?
Contaré lo que este hombre, al que llamaré Julian, me contó basándome en mis notas originales sobre el caso. (Aunque su nombre real se hizo público, utilizo un nombre ficticio porque espero que con el paso del tiempo haya recuperado cierta privacidad y tranquilidad).[1]

Sus experiencias ilustran las complejidades del recuerdo traumático. Las controversias sobre el caso contra el padre Shanley también son típicas de las pasiones que acompañan esta cuestión desde que los psiquiatras describieron por primera vez la naturaleza inusual de los recuerdos traumáticos en las últimas décadas del siglo XIX.

INUNDADO POR SENSACIONES E IMÁGENES

El 11 de febrero de 2001, Julian estaba de servicio como policía militar en la base de una fuerza aérea. Durante su conversación telefónica diaria con su novia Rachel, ella mencionó un artículo principal que había leído esa mañana en el *Boston Globe*. Un sacerdote llamado Shanley era sospechoso de haber abusado de niños. ¿Julian no le había hablado en una ocasión de un tal padre Shanley que había sido el párroco de su parroquia en Newton? «¿Te hizo algo alguna vez?», le preguntó. Al principio, Julian recordó al padre Shanley como a un hombre amable que le apoyó mucho después del divorcio de sus padres. Pero a medida que la conversación iba avanzando, empezó a ser presa del pánico. De repente, vio la silueta de Shanley en el marco de la puerta, con las manos extendidas 45°, mirando a Julian mientras orinaba. Abrumado por la emoción, le dijo a Rachel «Debo irme». Llamó a su jefe de vuelo, quien fue acompañado por el sargento primero. Después de reunirse con ambos, le llevaron con el capellán de la base. Julian recuerda que le dijo: «¿Sabe lo que está sucediendo en Boston? A mí también me pasó». En cuanto se escuchó decir esas palabras, estuvo seguro de que Shanley había abusado de él, aunque no recordaba los detalles. Julian se sintió sumamente incómodo por estar tan afectado; siempre había sido un niño fuerte que se guardaba las cosas dentro.

Esa noche, se sentó en la esquina de su cama, encorvado, pensando que se estaba volviendo loco y aterrorizado pensando que le encerrarían. Durante la semana siguiente, siguieron viniéndole imágenes a la cabeza, y tenía miedo de romperse por completo. Pensó en coger un cuchillo y clavárselo en la pierna para detener las imágenes en su mente. Luego, los ataques de pánico

empezaron a ir acompañados de convulsiones, que él llamaba «ataques epilépticos». Se arañaba el cuerpo hasta sangrar. Se notaba permanentemente caliente, sudoroso y agitado. Entre los ataques de pánico, se sentía «como un zombi»; se observaba a sí mismo desde la distancia, como si lo que estaba viviendo le estuviera sucediendo a otra persona.

En abril recibió la baja administrativa, justo diez días antes de poder optar a una paga completa.

Cuando Julian vino a mi consulta casi un año después, vi a un tipo guapo y musculado que parecía deprimido y derrotado. Me dijo inmediatamente que se sentía fatal por haber dejado las fuerzas aéreas. Había querido dedicarse a ello, y siempre había recibido unas evaluaciones excelentes. Le gustaban los retos y el trabajo en equipo, y echaba de menos la estructura del estilo de vida militar.

Julian nació en las afueras de Boston, y era el segundo de cinco hermanos. Su padre los abandonó cuando Julian tenía unos seis años porque no podía soportar vivir con la madre de Julian, emocionalmente lábil. Él y su padre se llevan bien, pero a veces le reprochaba que trabajara tanto para apoyar a la familia y que le abandonara dejándole al cuidado de su desequilibrada madre. Ni sus padres ni ninguno de sus hermanos habían recibido nunca asistencia psiquiátrica ni habían tomado drogas.

Julian era un atleta popular en el instituto. Aunque tenía bastantes amigos, se sentía mal consigo mismo y escondía que era un mal estudiante con la bebida y las fiestas. Se sentía avergonzado por haberse aprovechado de su popularidad y belleza acostándose con muchas chicas. Mencionó desear llamar a algunas de ellas para disculparse por lo mal que las había tratado.

Recordaba odiar siempre su cuerpo. En el instituto, tomaba esteroides para hincharse y fumaba marihuana casi a diario. No fue a la universidad, y después de terminar la secundaria se convirtió prácticamente en un sin techo durante casi un año porque no podía soportar más vivir con su madre. Se alistó para intentar volver a encarrilar su vida.

Julian conoció al padre Shanley a los seis años, mientras estudiaba catecismo en la iglesia parroquial. Recuerda al padre Shanley sacándole de clase para confesarle. El padre Shanley casi nunca llevaba sotana, y Julian recordaba los pantalones de pana azul marino del padre. Iban a una sala grande donde había una silla delante de otra y un banco para arrodillarse. Las sillas estaban tapizadas de rojo, y había un cojín de terciopelo rojo en el banco. Jugaban a las cartas, un juego de guerra que se convertía en strip

póker. Luego, recordaba estar delante de un espejo en esa sala. El padre Shanley le hacía inclinarse. Recordaba al padre Shanley introduciéndole un dedo en el ano. No cree que Shanley le penetrara nunca con el pene, pero cree que el padre le introdujo el dedo en varias ocasiones.

Aparte de esto, sus recuerdos eran bastante incoherentes y fragmentados. Tenía *flashes* de imágenes del rostro de Shanley y de incidentes aislados: Shanley permaneciendo delante de la puerta del baño; el párroco arrodillándose y «moviéndosela» con la lengua. No recordaba cuántos años tenía cuando sucedió esto. Recordaba al párroco diciéndole cómo realizar sexo oral, pero no recuerda hacerlo realmente. Recuerda estar repartiendo panfletos en la parroquia y luego el padre Shanley sentarse a su lado en un banco de la iglesia, acariciándole con una mano y sujetando la mano de Julian encima de él con la otra. Recordaba que, al crecer, el padre Shanley pasaba cerca de él y le acariciaba el pene. A Julian no le gustaba, pero no sabía qué hacer para detenerlo. Al fin y al cabo, como me dijo, «El padre Shanley era lo más cercano a Dios en mi barrio».

Además de estos fragmentos de recuerdos, los rastros de su abuso sexual se activaban y se reproducían claramente. En ocasiones, cuando tenía relaciones sexuales con su novia, la imagen del sacerdote le venía la cabeza y, como él mismo decía, «perdía el rumbo». Una semana antes de que yo le entrevistara, su novia le había introducido un dedo en la boca y le dijo juguetona: «Qué bien chupas». Julian saltó y le gritó: «Si vuelves a decir esto te mato». Luego, aterrorizados, ambos empezaron a llorar. Esto estuvo seguido por uno de los «ataques epilépticos» de Julian, en el que se encorvaba en posición fetal, temblando y gimoteando como un niño pequeño. Mientras me lo contaba, Julian parecía muy pequeño y muy asustado.

Julian alternaba entre la lástima por el viejo en el que el padre Shanley se había convertido y el deseo de querer simplemente «meterle en una habitación en algún sitio y matarle». También hablaba repetidamente de lo avergonzado que se sentía, de lo difícil que era admitir que no podía protegerse a sí mismo: «Nadie se mete conmigo, y ahora le cuento esto». Él se veía a sí mismo como a una persona grande y fuerte.

¿Cómo comprender una historia como la de Julian: años de olvido aparente, seguidos por unas imágenes fragmentadas y perturbadoras, unos síntomas físicos dramáticos y repentinas recreaciones? Como terapeuta que trata a personas con un legado traumático, mi principal preocupación no es determinar exactamente qué les pasó, sino ayudarles a tolerar las sensaciones,

emociones y reacciones que experimentan sin que estas los secuestren constantemente. Cuando aparece el tema de la culpa, la cuestión principal que debe abordarse suele ser la autoculpabilización: aceptar que el trauma no fue culpa suya, que no fue causado por ningún defecto suyo, y que nadie habría merecido lo que les sucedió.

Sin embargo, cuando la situación se convierte en un caso legal, la determinación de la culpabilidad es determinante, y con ella la admisibilidad de las pruebas. Anteriormente había examinado a doce personas que habían sido sufrido crueles en la infancia en un orfanato católico de Burlington (Vermont). Denunciaron (con otros denunciantes) más de cuatro décadas después, y aunque ninguno de ellos había tenido contacto con los demás hasta que se interpuso la primera demanda, sus recuerdos de los abusos eran sorprendentemente similares: todos nombraban los mismos nombres y los abusos concretos que cada monja o sacerdote había cometido, en las mismas salas, con los mismos muebles, y como parte de las mismas rutinas diarias. La mayoría de ellos posteriormente aceptó un arreglo fuera de los tribunales por parte de la diócesis de Vermont.

Antes de que se juzgue un caso, el juez celebra lo que se conoce como *vista Daubert* para sentar los criterios para los testimonios periciales que se presentarán ante el jurado. En un caso de 1996, pude convencer a un juez del Tribunal Federal de Boston de que era habitual que las personas traumatizadas borraran todos los recuerdos del acontecimiento en cuestión, para volver a acceder a ellos en diferentes partes y fragmentos posteriormente. Los mismos criterios eran aplicables en el caso de Julian. Aunque el informe que hice para sus abogados es confidencial, se basaba en décadas de experiencia clínica y de investigación sobre los recuerdos traumáticos, incluyendo el trabajo de algunos de los grandes pioneros de la psiquiatría moderna.

RECUERDOS NORMALES FRENTE A TRAUMÁTICOS

Todos sabemos lo caprichosa que es nuestra memoria; nuestras historias cambian y son revisadas y actualizadas constantemente. Cuando hablo con mis hermanos y hermanas de acontecimientos de nuestra infancia, siempre terminamos pensando que crecimos en familias diferentes, porque muchos de nuestros recuerdos simplemente no encajan. Estos recuerdos autobiográficos

no son reflejos exactos de la realidad; son historias que contamos para transmitir nuestra visión personal sobre nuestra experiencia.

La extraordinaria capacidad de la mente humana de reescribir los recuerdos se ilustra en el Estudio Grant Sobre Desarrollo Humano, que ha seguido sistemáticamente la salud psicológica y física de más de doscientos estudiantes de segundo curso de Harvard desde los años 1939-1944 hasta la actualidad.[2] Obviamente, los diseñadores del estudio no podían anticipar que la mayoría de los participantes participarían en la II Guerra Mundial, pero ahora podemos rastrear sus recuerdos de la guerra. Se los entrevistó en profundidad para conocer sus experiencias en la guerra en los años 1945-1946 y posteriormente en 1989-1990. Cuatro décadas y media después, la mayoría hicieron unos relatos muy distintos de las narraciones grabadas en las entrevistas realizadas inmediatamente después de la guerra: con el paso del tiempo, el horror intenso había sido eliminado de los acontecimientos. En cambio, los que habían quedado traumatizados y consiguientemente desarrollaron TEPT no modificaron sus relatos; sus recuerdos se preservaron básicamente intactos durante cuarenta y cinco años tras el fin de la guerra.

Recordar un acontecimiento en particular y la exactitud de nuestros recuerdos depende en gran medida de lo significativo que fuera a nivel personal y de la intensidad de nuestras emociones en ese momento. El factor clave es nuestro nivel de activación. Todos tenemos recuerdos asociados con personas, canciones, olores y lugares concretos que permanecen con nosotros durante mucho tiempo. La mayoría de nosotros todavía tenemos recuerdos precisos de dónde estábamos y de lo que vimos el 11 de septiembre de 2001, pero solo unos pocos recordamos algo concreto del día 10 de septiembre.

La mayor parte de nuestra experiencia diaria pasa inmediatamente al olvido. Los días normales no tenemos mucho que contar cuando llegamos a casa por la tarde. La mente funciona según esquemas o mapas, y los incidentes que caen fuera del patrón establecido son lo que probablemente captará nuestra atención. Si nos suben el sueldo o un amigo nos da alguna noticia emocionante, recordaremos los detalles del momento, al menos durante un tiempo. Lo que mejor recordamos son los insultos y el daño: la adrenalina que secretamos para defendernos de amenazas potenciales nos ayuda a grabar esos incidentes en la mente. Aunque el contenido del comentario se diluya, nuestra animadversión hacia la persona que lo hizo suele persistir.

Cuando sucede algo aterrador, como ver a un niño o a un amigo sufrir un

accidente, retenemos un recuerdo intenso y sumamente preciso del acontecimiento durante mucho tiempo. Como James McGaugh y colegas han demostrado, cuanta más adrenalina secretemos, más preciso será el recuerdo.[3] Pero esto es así solo hasta cierto punto. Al confrontarse con el horror (especialmente el horror de un «*shock* ineludible») este sistema se satura y se avería.

Naturalmente, no podemos supervisar lo que sucede durante una experiencia traumática, pero podemos reactivar el trauma en el laboratorio, como vimos en el caso de los escáneres cerebrales de los capítulos 3 y 4. Cuando se reactivan rastros de recuerdos de los sonidos, imágenes y sensaciones originales, el lóbulo frontal deja de funcionar, incluyendo, como hemos visto, la región necesaria para poner palabras a los sentimientos,[4] la región que nos permite localizarnos en el tiempo y el tálamo, que integra los datos en bruto de las sensaciones entrantes. En este momento, el cerebro emocional, que no está bajo control consciente y no puede comunicarse con palabras, toma el poder. El cerebro emocional (el área límbica y el tronco encefálico) expresa su activación alterada mediante cambios en la activación emocional, la fisiología corporal y la actividad muscular. En condiciones normales, estos dos sistemas de memoria (racional y emocional) colaboran para producir una respuesta integrada. Sin embargo, la activación elevada no solo cambia el equilibrio entre ellos, sino que también desconecta otras áreas cerebrales necesarias para almacenar e integrar adecuadamente la información entrante, como el hipocampo y el tálamo.[5] Como resultado, las huellas de las experiencias traumáticas se organizan no como narrativas lógicas coherentes, sino como huellas sensoriales y emocionales fragmentadas: imágenes, sonidos y sensaciones físicas.[6] Julian veía un hombre con los brazos extendidos, un banco de iglesia, unas escaleras, un juego de strip póker; sentía una sensación en su pene, una sensación de pánico e intimidación. Pero había poca o ninguna historia.

DESTAPAR LOS SECRETOS DEL TRAUMA

A finales del siglo XIX, cuando la medicina empezó a estudiar sistemáticamente los problemas mentales, la naturaleza de la memoria traumática era uno de los principales temas en discusión. En Francia y en Inglaterra, se publicó un número prodigioso de artículos sobre un síndrome llamado «conmoción medular», refiriéndose a los síntomas psicológicos

posteriores a los accidentes ferroviarios que incluían la pérdida de memoria.

Los mayores avances, sin embargo, se produjeron con el estudio de la histeria, un trastorno mental caracterizado por arranques emocionales, susceptibilidad a la sugestión y contracciones y parálisis musculares que no podían explicarse simplemente por razones anatómicas.[7] Antaño considerada una aflicción de mujeres inestables y que fingían estar enfermas (el nombre procede de una palabra griega que significa «útero»), la histeria actualmente se ha convertido en una ventana hacia los misterios de la mente y del cuerpo. Los nombres de algunos de los mayores pioneros de la neurología y la psiquiatría, como Jean-Martin Charcot, Pierre Janet y Sigmund Freud, se asocian con el descubrimiento de que el trauma está en la raíz de la histeria, especialmente el trauma del abuso sexual infantil.[8] Estos primeros investigadores se referían a los recuerdos traumáticos como «secretos patogénicos»[9] o «parásitos mentales»[10] porque por mucho que las víctimas intentaran olvidar lo que les había sucedido, sus recuerdos seguían obligándolos a ser conscientes de ello, atrapándolos en un presente de un horror existencial en continua renovación.[11]

El interés por la histeria fue especialmente grande en Francia y, como suele pasar, las razones se basan en la política de esa época. Jean-Martin Charcot, considerado el padre de la neurología y cuyos alumnos, como Gilles de la Tourette, dieron nombre a numerosas patologías neurológicas, también era activo en política. Tras la abdicación del emperador Napoleón III en 1870, hubo una batalla entre los monárquicos (el antiguo orden apoyado por el clero) y los defensores de la República francesa en ciernes, que creían en la ciencia y en la democracia secular. Charcot creía que las mujeres serían un factor crítico en esa lucha, y su investigación sobre la histeria «ofrecía una explicación científica a fenómenos como los estados de posesión demoníaca, la brujería, el exorcismo y el éxtasis religioso».[12]

Charcot realizó meticulosos estudios sobre las correlaciones fisiológicas y neurológicas de la histeria en hombres y en mujeres, todos los cuales ponían el acento en la memoria encarnada y en la falta de lenguaje. Por ejemplo, en 1889 publicó el caso de un paciente llamado Lelog, que desarrolló una parálisis en las piernas después de sufrir un accidente en una carreta tirada por caballos. Aunque Lelog cayó al suelo y perdió la conciencia, no se lesionó las piernas, y no tenía signos neurológicos que indicaran una causa física para su parálisis. Charcot descubrió que justo antes de que Lelog perdiera el conocimiento, vio cómo las ruedas de la carreta se le acercaban y

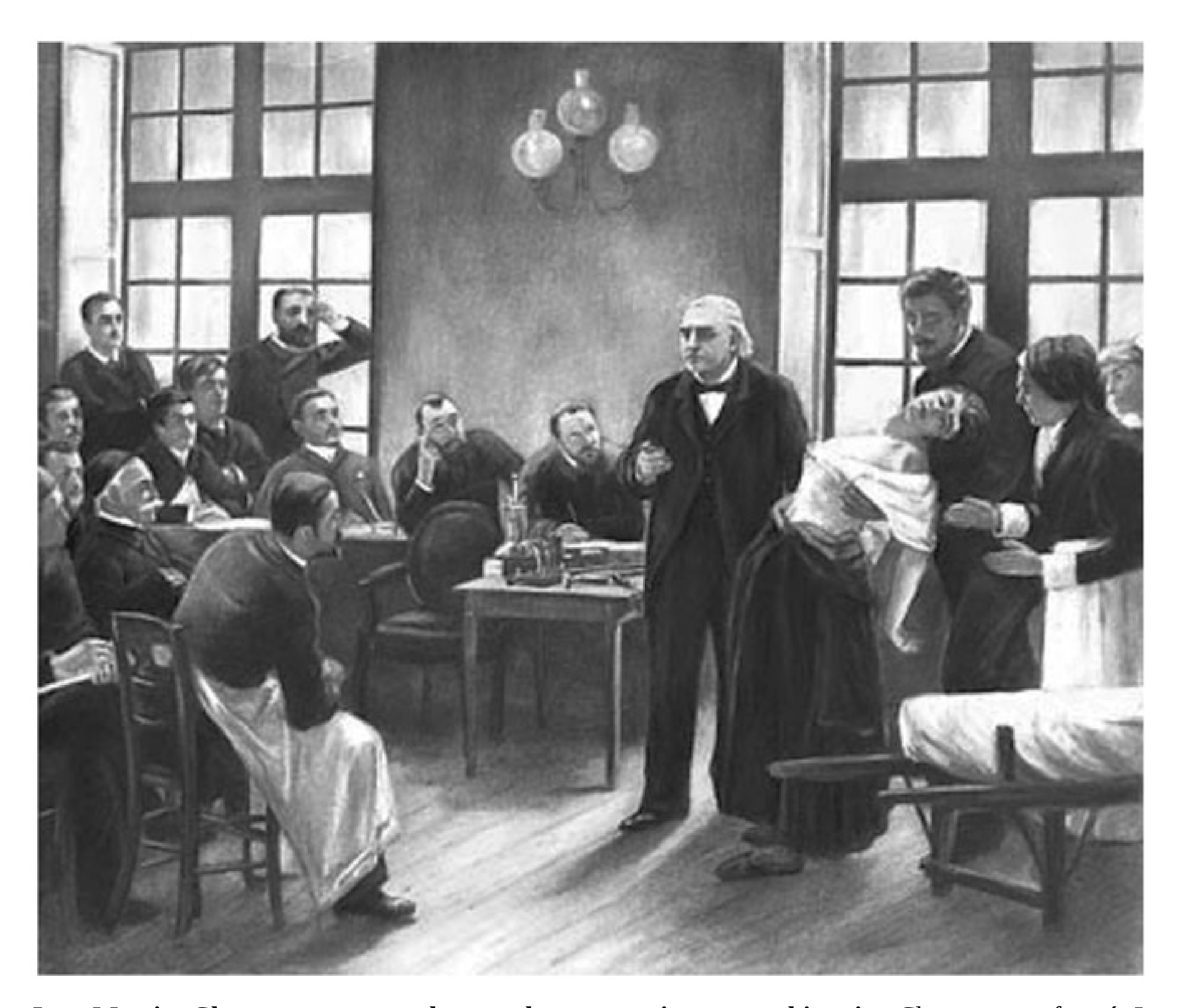
creyó firmemente que le iban a atropellar. Observó que «el paciente… no conserva ningún recuerdo… Las preguntas que se le han realizado sobre este punto no tienen resultado. No sabe nada o casi nada».[13] Como muchos otros pacientes de La Salpêtrière, Lelog expresó su experiencia físicamente. En lugar de recordar el accidente, desarrolló una parálisis en las piernas.[14]

Pero para mí, el verdadero héroe de esta historia es Pierre Janet, que ayudó a Charcot a crear un laboratorio de investigación dedicado al estudio de la histeria en La Salpêtrière. En 1889, el mismo año de la construcción de la torre Eiffel, Janet publicó el primer relato científico (igual de largo que un libro) sobre el estrés traumático: *L'automatisme psychologique*.[15] Janet proponía que en la raíz de lo que actualmente llamamos TEPT había la experiencia de «emociones vehementes», o una activación emocional intensa. Su tratado explicaba que, después de un trauma, las personas van repitiendo automáticamente ciertas acciones, emociones y sensaciones relacionadas con el trauma. Y, a diferencia de Charcot, interesado básicamente en medir y documentar los síntomas físicos de los pacientes, Janet se pasó un número incalculable de horas hablando con ellos, intentando descubrir qué les pasaba por la mente. También a diferencia de Charcot, cuya investigación se centraba en comprender el fenómeno de la histeria, Janet era principalmente un médico cuyo objetivo era tratar a sus pacientes. Por ello, estudié en detalle los informes de sus casos y por ello se convirtió en uno de mis maestros más importantes.[16]

AMNESIA, DISOCIACIÓN Y RECREACIÓN

Janet fue el primero en destacar la diferencia entre «recuerdo narrativo» (las historias que la gente cuenta sobre el trauma) y el propio recuerdo traumático. Uno de los casos era la historia de Irene, una joven que fue hospitalizada después de que su madre falleciera de tuberculosis.[17] Irene cuidó a su madre durante varios meses mientras seguía trabajando fuera de casa para ayudar a su padre alcohólico y pagar la asistencia médica de su madre. Cuando su madre finalmente falleció, Irene, exhausta por el estrés y por la falta de sueño, intentó durante varias horas reanimar el cadáver, llamando a su madre e intentando que tragara medicamentos. En un momento dado, el cuerpo sin vida de su madre se cayó de la cama mientras el padre borracho de Irene yacía inconsciente no muy lejos. Incluso después de que llegara una tía y empezara a preparar el funeral, la negación de Irene persistía. Tuvieron que

convencerla para ir al funeral, y se pasó todo el servicio religioso riendo. Al cabo de unas semanas, la llevaron a La Salpêtrière, donde Janet se hizo cargo del caso.



Jean-Martin Charcot presenta el caso de una paciente con histeria. Charcot transformó La Salpêtrière, un antiguo psiquiátrico de París para pobres, en un moderno hospital. Observe la postura dramática de la paciente.

Pintura de ANDRÉ BROUILLET

Además de la amnesia por la muerte de su madre, Irene presentaba otro síntoma: varias veces a la semana se quedaba mirando, como en trance, hacia una cama vacía, ignorando lo que sucedía a su alrededor, cuidando a una persona imaginaria. Meticulosamente reproducía, más que recordar, los detalles de su madre fallecida.

Las personas traumatizadas simultáneamente recuerdan demasiado y

demasiado poco. Por un lado, Irene no tenía ningún recuerdo consciente de la muerte de su madre (no podía contar la historia de lo que sucedió). Por el otro, se veía obligada a representar físicamente los acontecimientos del fallecimiento de su madre. El término «automatismo» de Janet transmite la naturaleza involuntaria e inconsciente de sus acciones.

Janet trató a Irene durante varios meses, básicamente con hipnosis. Al final, le preguntó de nuevo sobre la muerte de su madre. Irene empezó a llorar y dijo: «No me recuerdes cosas terribles… Mi madre estaba muerta y mi padre estaba completamente borracho, como siempre. Tuve que velar su cuerpo toda la noche. Hice un montón de tonterías para reanimarla. En aquel momento, perdí la cabeza». Irene no solo podía contar la historia, sino que también había recuperado sus emociones. «Me siento muy triste y abandonada». Janet consideraba en aquel momento que su recuerdo era «completo» porque iba acompañado por los sentimientos adecuados.

Janet observó diferencias significativas entre los recuerdos ordinarios y los traumáticos. Los recuerdos traumáticos son los precipitados por unos desencadenantes específicos. En el caso de Julian, el desencadenante fueron los comentarios seductores de su novia; en el de Irene, una cama. Cuando se desencadena un elemento de una experiencia traumática, es probable que otros elementos sigan automáticamente.

El recuerdo traumático no está condensado: Irene tardó de tres a cuatro horas en reconstruir su historia, pero cuando finalmente fue capaz de contar lo que había sucedido tardó menos de un minuto. La recreación traumática no cumple ninguna función. En cambio, los recuerdos ordinarios son adaptativos; nuestras historias son flexibles y pueden modificarse para encajar con las circunstancias. Los recuerdos ordinarios son básicamente sociales; es una historia que contamos con un propósito: en el caso de Irene, captar la ayuda y el consuelo de su médico; en el caso de Julian, captarme a mí en su búsqueda de justicia y venganza. Pero los recuerdos traumáticos no tienen nada de social. La rabia de Julian ante el comentario de su novia no tenía ningún propósito útil. Las recreaciones están congeladas en el tiempo, son invariables, y siempre son experiencias solitarias, humillantes y distanciantes.

Janet acuñó el término «disociación» para describir la separación y el aislamiento de los recuerdos que vio en sus pacientes. También fue clarividente con respecto al alto coste de mantener esos recuerdos traumáticos a raya. Más tarde escribió que cuando los pacientes disocian su experiencia

traumática, se quedan «atados a un obstáculo insuperable».[18] «Al no poder reintegrar sus recuerdos traumáticos, parecen perder la capacidad de asimilar también nuevas experiencias. Es como si su personalidad se hubiera detenido definitivamente en algún punto, y no se pudiera ampliar más con el añadido o la asimilación de nuevos elementos».[19] Predijo que a menos que fueran conscientes de los elementos separados y los reintegraran en una historia que sucedió en el pasado –pero que ahora ya había terminado–, experimentarían un lento declive en su funcionamiento personal y profesional. Este fenómeno ha quedado actualmente bien documentando en la investigación contemporánea.[20]

Janet descubrió que, aunque es normal cambiar y distorsionar los recuerdos, las personas con TEPT son incapaces de dejar atrás el acontecimiento en cuestión, la fuente de esos recuerdos. La disociación impide que el trauma se integre en los almacenes conglomerados y cambiantes de recuerdos autobiográficos, esencialmente creando un sistema dual de recuerdos. La memoria normal integra los elementos de cada experiencia en el flujo continuo de la propia experiencia mediante un complejo proceso de asociación; piense en una red densa pero flexible en la que cada elemento ejerce una sutil influencia en muchos otros. Pero en el caso de Julian, las sensaciones, pensamientos y emociones del trauma estaban almacenados por separado como fragmentos congelados y apenas reconocibles. Si el problema con el TEPT es la disociación, el objetivo del tratamiento sería la asociación: integrar los elementos recortados del trauma en la narración continua de la vida, para que el cerebro pueda reconocer que «aquello era antes, y esto es ahora».

LOS ORÍGENES DE LA «CURA DE CONVERSACIÓN»

El psicoanálisis nació en las unidades de La Salpêtrière. En 1885, Freud fue a París a trabajar con Charcot (y más tarde llamó a su hijo primogénito Jean-Martin en honor a Charcot). En 1893, Freud y su mentor vienés Josef Breuer citaron a Charcot y a Janet en un brillante artículo sobre la causa de la histeria. «Los histéricos sufren principalmente por la reminiscencia», proclamaron, y siguieron observando que esos recuerdos no están sujetos al «proceso de desgaste» de los recuerdos normales sino, que «persisten durante mucho tiempo con una frescura sorprendente». Las personas traumatizadas

tampoco pueden controlar cuándo emergerán. «Debemos observar otro hecho destacable; concretamente, que estos recuerdos, a diferencia de otros recuerdos de su vida pasada, no están a disposición de los pacientes. Al contrario, «estas experiencias están completamente ausentes de la memoria de los pacientes cuando están en un estado físico normal, o solo están presentes de un modo muy sumario»[21] (los fragmentos citados pertenecen a Breuer y a Freud).

Breuer y Freud creían que los recuerdos traumáticos se perdían en la conciencia ordinaria porque las «circunstancias hacían imposible una reacción» o porque empezaban durante unos «afectos gravemente paralizantes, como el miedo». En 1896, Freud afirmó con atrevimiento que «la causa final de la histeria siempre es la seducción del niño por parte de un adulto».[22] Luego, al enfrentarse a su propia evidencia de una epidemia de abusos en las mejores familias de Viena (epidemia que, como dijo, afectaría a su propio padre) rápidamente empezó a retractarse. El psicoanálisis pasó a poner el énfasis en los deseos inconscientes y las fantasías, aunque Freud ocasionalmente siguió reconociendo la realidad del abuso sexual.[23] Después de que los horrores de la I Guerra Mundial le confrontaran con la realidad de las neurosis de los combatientes, Freud reafirmó que la falta de memoria verbal es central en el trauma y que si una persona no recuerda algo, es probable que lo represente: «Lo reproduce no como un recuerdo, sino como una acción: lo repite sin saber, obviamente, que lo está repitiendo, y al final entendemos que es una forma de recordar».[24]

El legado perdurable del artículo de Breuer y Freud de 1893 es lo que actualmente llamamos «cura de conversación»: «Para nuestra sorpresa, descubrimos, primero, que cada síntoma histérico individual desaparecía inmediata y permanentemente cuando lográbamos sacar claramente a la luz el recuerdo del acontecimiento por el que estaba provocado y activar su afecto correspondiente, y cuando el paciente había descrito ese acontecimiento con el mayor detalle posible y puesto en palabras el afecto. El recuerdo sin afecto casi invariablemente no produce ningún resultado».

Explican que, a menos que haya una «reacción energética» ante el acontecimiento traumático, los afectos «permanecen unidos al recuerdo» y no pueden descargarse. La reacción puede descargarse con una acción («desde lágrimas hasta actos de venganza»). «Pero el lenguaje sirve como sustituto a la acción; con su ayuda, un afecto puede ser objeto de “abreacción” casi igual de efectivamente». Concluyen: «Ahora se comprenderá por qué el

procedimiento psicoterapéutico que hemos descrito en estas páginas tiene un efecto curativo. Pone fin a la fuerza operativa… que no fue objeto de abreacción en el primer momento [es decir, en el momento del trauma], permitiendo que el afecto estrangulado encuentre una salida a través de la palabra; y lo somete a una corrección asociativa al introducirlo en la conciencia normal». Aunque actualmente el psicoanálisis esté eclipsado, la «cura de conversación» ha perdurado, y los psicólogos han asumido en general que narrar la historia del trauma con mucho detalle ayuda a la gente a dejarlo atrás. Esta es también una premisa básica de la terapia cognitivo-conductual (TCC), que se enseña actualmente en las facultades de psicología de todo el mundo.

Aunque las etiquetas diagnósticas hayan cambiado, seguimos viendo a pacientes similares a los descritos por Charcot, Janet y Freud. En 1986, mis compañeros y yo describimos el caso de una mujer que trabajaba como cigarrera en el club Cocoanut Grove de Boston cuando se quemó en 1942.[25] Durante las décadas de los setenta y los ochenta, cada año recreaba su huida del incendio en la calle Newbury, a unas manzanas del lugar original, lo cual provocaba su hospitalización con diagnósticos como esquizofrenia y trastorno bipolar. En 1989, describí el caso de un veterano de Vietnam que cada año montaba un «robo armado» el día del aniversario de la muerte de un compañero.[26] Se ponía un dedo en el bolsillo del pantalón, simulando que era una pistola, y pedía al tendero que vaciara la caja registradora (dejándole tiempo suficiente para avisar a la policía). Este intento inconsciente de cometer un «suicidio policial» llegó a su fin cuando un juez me lo derivó para que lo tratara. Una vez resuelto su sentimiento de culpabilidad por la muerte de su amigo, no hubo más recreaciones.

Estos incidentes suscitan una pregunta crítica: ¿cómo pueden reconocer los médicos, policías o trabajadores sociales que alguien sufre estrés postraumático si, en lugar de recordar el acontecimiento, lo que hace es recrearlo? ¿Cómo pueden los propios pacientes identificar la fuente de su comportamiento? Si no se conoce su historial, es probable que los etiqueten como locos o se los castigue como a criminales en lugar de ayudarles a integrar el pasado.

EL RECUERDO TRAUMÁTICO A JUICIO

Al menos dos docenas de hombres afirmaron haber sufrido abusos sexuales

por parte de Paul Shanley, y muchos alcanzaron arreglos civiles con la archidiócesis de Boston. Julian fue la única víctima citada a declarar en el juicio de Shanley. En febrero de 2005, el antiguo sacerdote fue declarado culpable de dos cargos de violación a un menor y dos cargos de asalto y agresión a un menor. Se le sentenció a entre doce y quince años de prisión.

En el año 2007, Robert F. Shaw Jr., el abogado de Shanley, solicitó un nuevo juicio, recurriendo las condenas de Shanley por error judicial. Shaw intentaba demostrar que los «recuerdos reprimidos» no están generalmente aceptados en la comunidad científica, que las condenas se basaban en una «ciencia basura» y que había habido testimonios insuficientes sobre el estatus científico de los recuerdos reprimidos antes del juicio. El recurso fue desestimado por el juez del primer juicio, pero dos años después llegó al Tribunal Supremo de Massachusetts. Casi cien psiquiatras y psicólogos líderes de Estados Unidos y de ocho países extranjeros firmaron una declaración *amicus curiae* afirmando que nunca se había demostrado que los «recuerdos reprimidos» existieran y que no debían admitirse como prueba. Sin embargo, el 10 de enero de 2010, el tribunal ratificó por unanimidad la condena de Shanley con esta afirmación: «En resumen, la conclusión del juez de que la ausencia de pruebas científicas no convertía en poco fidedigna la teoría de que alguien pueda experimentar amnesia disociativa quedó sustentada en el sumario… No hubo abuso de discreción en la admisión de los testimonios periciales sobre el tema de la amnesia disociativa».

En el capítulo siguiente, hablaré más de los recuerdos y del olvido y también de cómo el debate sobre los recuerdos reprimidos, que se inició con Freud, sigue desarrollándose en la actualidad.

CAPÍTULO 12

EL PESO INSOPORTABLE DE LOS RECUERDOS

> Nuestros cuerpos son los textos que transportan los recuerdos y por consiguiente los recuerdos son, como mínimo, una reencarnación.
>
> –Katie Cannon

El interés científico por el trauma ha oscilado extremadamente en los últimos ciento cincuenta años. La muerte de Charcot en 1893 y el cambio del enfoque de Freud hacia los conflictos, las defensas y los instintos internos como raíz del sufrimiento mental propiciaron la pérdida de interés por parte de la medicina generalista hacia el tema. El psicoanálisis rápidamente ganó popularidad. En 1911, el psiquiatra de Boston Morton Prince, que había estudiado con William James y Pierre Janet, se quejaba de que aquellos interesados en los efectos del trauma eran como «almejas engullidas por la marea alta en el puerto de Boston».

Sin embargo, este olvido duró solo algunos años, porque el estallido de la Guerra Mundial en 1914 volvió a confrontar a la medicina y la psicología con centenares de miles de hombres con extraños síntomas psicológicos, patologías médicas inexplicables y pérdidas de memoria. La nueva tecnología

de animación permitió filmar a esos soldados, y hoy podemos observar en YouTube sus extrañas posturas físicas, sus raras pronunciaciones, sus expresiones faciales aterrorizadas y sus tics: la expresión física e integrada del trauma: «Un recuerdo inscrito simultáneamente en la mente, como imágenes y palabras interiores, y sobre el cuerpo».[1]

Al principio de la guerra, los británicos crearon el diagnóstico de «neurosis de guerra», que daba derecho a los veteranos de guerra a recibir tratamiento y una pensión de invalidez. Un diagnóstico alternativo y similar era «neurastenia», bajo el cual no recibían ni tratamiento ni pensión. En función de la orientación del médico que los trataba, recibían un diagnóstico o el otro.[2]

Más de un millón de soldados británicos sirvieron en el frente occidental en algún momento. Solo en las primeras horas del 1 de julio de 1916, en la batalla de la Somme, el Ejército británico sufrió 57.470 bajas, incluyendo 19.240 bajas mortales, el día más sangriento de su historia. El historiador John Keegan dice de su comandante, el mariscal de campo Douglas Haig, cuya estatua domina actualmente el Whitehall de Londres, antaño el centro del Imperio británico: «En su actitud en público o en sus diarios privados no se discierne ni se discernía ninguna preocupación por el sufrimiento humano». En la Somme, «mandó la flor de la juventud británica a la muerte o a la mutilación».[3]

A medida que la guerra avanzaba, la neurosis de guerra cada vez ponía más en peligro la eficiencia de las fuerzas de combate. Atrapado entre tomarse en serio el sufrimiento de sus soldados y buscar la victoria sobre los alemanes, el Estado Mayor británico emitió la Orden de Rutina General nº2384 en junio de 1917 en la que declaraba: «Bajo ninguna circunstancia se usará la expresión “neurosis de guerra” verbalmente ni se registrará en ningún informe de regimiento o de baja, ni en ningún hospital ni ningún otro documento médico». Todos los soldados con problemas psiquiátricos debían recibir el único diagnóstico «NYDN» (por las siglas en inglés «todavía no diagnosticado, nervioso».[4] En noviembre de 1917, el Estado Mayor denegó a Charles Samuel Myers, que dirigió cuatro hospitales de campo para soldados heridos, el permiso para publicar un documento sobre neurosis de guerra en el *British Medical Journal*. Los alemanes fueron aún más punitivos y trataron la neurosis de guerra como un defecto de carácter, que manejaban con distintos tratamientos dolorosos, incluyendo los electroshocks.

En 1922, el Gobierno británico emitió el informe Southborough, cuyo

objetivo era evitar el diagnóstico de neurosis de guerra en cualquier guerra futura y socavar cualquier otra reclamación de compensación. Sugería eliminar la neurosis de guerra de todas las nomenclaturas oficiales e insistió en que los casos no debían clasificarse «como baja de guerra sino como enfermedad».[5] El punto de vista oficial era que las tropas bien formadas, debidamente llevadas, no podían sufrir neurosis de guerra, y que los soldados que sucumbían a la patología eran soldados indisciplinados y sin voluntad. Mientras que la tormenta política sobre la legitimidad de la neurosis de guerra duró aún unos años más, los artículos sobre el mejor modo de tratar esos casos desaparecían de la literatura científica.[6]

En Estados Unidos, el destino de los veteranos también estaba repleto de problemas. En 1918, al volver a casa desde los campos de batalla de Francia y de Flandes, fueron recibidos como héroes nacionales, igual que los soldados que regresan hoy de Irak y Afganistán. En 1924, el Congreso estadounidense votó para concederles 1,25 dólares por cada día que habían servido en el extranjero, pero su pago se pospuso hasta 1945.

Hacia 1932, Estados Unidos se encontraba en plena Gran Depresión, y en mayo de ese año aproximadamente 15.000 veteranos sin empleo y sin dinero acamparon en la explanada de Washington D. C. para pedir el pago inmediato de sus primas. El Senado rechazó el proyecto de ley para anticipar el pago por un resultado de 62 frente a 18. Al cabo de un mes, el presidente Hoover ordenó al Ejército desalojar el campamento de los veteranos. El jefe del Estado Mayor General Douglas MacArthur dirigió a las tropas, con el apoyo de seis tanques. El mayor Dwight D. Eisenhower era el enlace con la policía de Washington, y el mayor George Patton estaba al frente de la caballería. Soldados con bayonetas fijas cargaron, lanzando gas lacrimógeno a la multitud de veteranos. A la mañana siguiente, la explanada estaba desierta y el campamento en llamas.[7] Los veteranos nunca cobraron sus pensiones.

Mientras la política y la medicina daban la espalda a los soldados que regresaban de la guerra, sus horrores se memorizaban en la literatura y el arte. En *All Quiet on the Western Front*,[8] una novela sobre las experiencias de guerra de los soldados del frente escrita por el alemán Erich Maria Remarque, el protagonista del libro, Paul Bäumer, habló para toda una generación: «Soy consciente de que, sin darme cuenta, he perdido mis sentimientos; ya no me siento de aquí, vivo en un mundo ajeno. Prefiero que me dejen solo, que no me moleste nadie. Los demás hablan demasiado, no tengo nada que ver con

ellos; solo se preocupan por cosas superficiales».[9] Publicada en 1929, la novela se convirtió instantáneamente en un superventas, traducida a veinticinco idiomas. La versión de Hollywood de 1930 ganó el premio de la Academia en la categoría de Mejor Película.

Pero cuando Hitler llegó al poder unos años después, *All Quiet on the Western Front* fue uno de los primeros libros «degenerados» que los nazis quemaron en la plaza pública delante de la Universidad Humboldt de Berlín.[10] Aparentemente, admitir los efectos devastadores de la guerra en la mente de los soldados habría constituido una amenaza al salto de los nazis hacia otro ciclo de locura.

La negación de las consecuencias del trauma puede causar estragos en el tejido social de la sociedad. La negativa a hacer frente al daño causado por la guerra y la intolerancia frente a la «debilidad» jugaron un papel importante en el ascenso del fascismo y el militarismo en el mundo en torno a los años treinta. Las reparaciones de guerra exorbitantes del Tratado de Versalles humillaron aún más a una Alemania ya desacreditada. La sociedad alemana, a su vez, trató despiadadamente a sus propios veteranos de guerra traumatizados, que fueron considerados como criaturas inferiores. Esta cascada de humillaciones de estas personas desvalidas sentó las bases para la degradación final de los derechos humanos bajo el régimen de los nazis: la justificación moral de los fuertes de vencer a los inferiores, la justificación de la guerra resultante.

EL NUEVO ROSTRO DEL TRAUMA

El estallido de la II Guerra Mundial propició que Charles Samuel Myers y el psiquiatra americano Abram Kardiner publicaran los informes de su trabajo con los soldados y veteranos de la I Guerra Mundial. *Shell Shock in France 1914-1918* (1940)[11] y *The Traumatic Neurosis of War* (1941)[12] sirvieron como principales guías para los psiquiatras que estaban tratando a soldados del nuevo conflicto que sufrían «neurosis de guerra». El esfuerzo bélico de Estados Unidos fue prodigioso, y los avances en la psiquiatría de primera línea reflejaban este compromiso. De nuevo, YouTube ofrece una ventana directa hacia el pasado: el documental del director de Hollywood John Huston *Let There Be Light* (1946) muestra el tratamiento predominante para las neurosis de guerra en aquella época: la hipnosis.[13]

En el documental de Houston, filmado mientras servía en el Cuerpo de

Señales del Ejército, los médicos todavía son patriarcales y los pacientes jóvenes aterrorizados. Sin embargo, manifiestan su trauma de otro modo: mientras que los soldados de la I Guerra Mundial agitan las extremidades, tienen tics faciales y parálisis físicas, la siguiente generación habla y se encoge. Su cuerpo sigue llevando la cuenta: tienen molestias estomacales, se les acelera el corazón y el pánico los abruma. Pero el trauma no solo ha afectado a su cuerpo. El estado de trance inducido mediante hipnosis les permitió encontrar palabras para las cosas que les había dado demasiado miedo recordar: su terror, la culpabilidad por haber sobrevivido y sus lealtades conflictivas. También me sorprendió que esos soldados parecían tapar mucho más su ira y su hostilidad que los veteranos más jóvenes con los que trabajé. La cultura modela la expresión del estrés traumático.

La teórica feminista Germaine Greer escribió sobre el tratamiento del TEPT de su padre tras la II Guerra Mundial: «Cuando [los oficiales médicos] examinaban a los hombres que presentaban graves alteraciones, casi siempre encontraban la causa raíz en alguna experiencia previa a la guerra: los hombres enfermos no eran material de combate de primer grado… La propuesta militar es que no es la guerra la que hace enfermar a los hombres, sino que los hombres enfermos no pueden combatir en guerras».[14] Parece poco probable que los médicos hicieran algún bien a su padre, pero los esfuerzos de Greer para comprender su sufrimiento indudablemente le ayudaron a avivar su exploración sobre la dominación sexual en todas sus desagradables manifestaciones en forma de violación, incesto y violencia doméstica.

Cuando trabajé en la VA, me desconcertaba que la gran mayoría de los pacientes que veíamos en la unidad de psiquiatría fueran veteranos de Vietnam jóvenes, recientemente licenciados, mientras que los pasillos y ascensores que conducían hacia las unidades médicas estaban repletos de hombres mayores. Movido por la curiosidad ante tal disparidad, realicé un estudio sobre los veteranos de la II Guerra Mundial en las clínicas médicas en 1983. La gran mayoría de ellos dio positivo en TEPT en las escalas de valoración que yo les administré, pero su tratamiento se centraba más en sus quejas médicas que en las psiquiátricas. Esos veteranos comunicaban su malestar a través de cortes de digestión y dolores torácicos en lugar de con pesadillas e ira que, como mi estudio mostró, también sufrían. Los médicos conforman el modo en que sus pacientes muestran su malestar: cuando un paciente se queja de una pesadilla aterradora y su médico le pide una

radiografía, el paciente entiende que recibirá una mejor atención si se centra en sus problemas físicos. Como mis familiares que lucharon o fueron capturados durante la II Guerra Mundial, la mayoría de estos hombres eran sumamente reticentes a compartir sus experiencias. Mi sensación era que ni los médicos ni los pacientes querían volver a hablar de la guerra.

Sin embargo, los líderes militares y civiles sacaron de la II Guerra Mundial unas lecciones importantes que la generación anterior no había comprendido. Después de la derrota de la Alemania nazi y del Japón imperial, Estados Unidos ayudó a reconstruir Europa mediante el Plan Marshall, que formó los cimientos económicos de los siguientes cincuenta años de paz relativa. En Estados Unidos, el Proyecto de Ley Sobre los Beneficios para los Veteranos de Guerra proporcionó a millones de veteranos estudios e hipotecas, que fomentaron el bienestar económico y crearon una clase media amplia y bien formada. Las Fuerzas Armadas llevaron al país hacia la integración racial y las oportunidades. La Administración para los Asuntos de los Veteranos construyó instalaciones en todo el país para ayudar a los veteranos de guerra a nivel sanitario. Sin embargo, con todas estas atenciones prestadas a los veteranos que regresaban, las heridas psicológicas de la guerra pasaban desapercibidas, y las neurosis traumáticas desaparecieron por completo de la nomenclatura psiquiátrica oficial. El último artículo científico sobre los traumas de guerra después de la II Guerra Mundial se publicó en 1947.[15]

REDESCUBRIMIENTO DEL TRAUMA

Como comenté anteriormente, cuando empecé a trabajar con los veteranos de Vietnam, no había ni un solo libro sobre los traumas de guerra en la biblioteca de la VA, pero la guerra de Vietnam inspiró numerosos estudios, la formación de organizaciones de eruditos y la inclusión de un diagnóstico de trauma, el TEPT, en la literatura profesional. Al mismo tiempo, el interés sobre el trauma se disparó entre el público en general.

En 1974, el *Comprehensive Textbook of Psychiatry* de Freedman y Kaplan afirmaba que «el incesto es muy poco frecuente, y ocurre como mucho en una persona de cada 1.100.000».[16] Como vimos en el capítulo 2, este acreditado manual ensalzaba más adelante los posibles beneficios del incesto: «Estas actividades incestuosas reducen las posibilidades de que el sujeto sufra psicosis y permite un mejor ajuste con el mundo exterior… La

gran mayoría de ellos no salió perjudicado con la experiencia».

El carácter erróneo de estas afirmaciones se hizo evidente cuando el ascendiente movimiento feminista, combinado con el conocimiento del trauma en los veteranos que volvían de la guerra, animó a decenas de miles de supervivientes de abusos sexuales infantiles, maltrato infantil y violación a salir a la luz. Se crearon grupos de concienciación y de supervivientes, y muchos libros populares, como *The Courage to Heal* (1988), un superventas de autoayuda para supervivientes de incesto, y el libro de Judith Herman *Trauma and Recovery* (1992), presentaban en detalle las fases de tratamiento y de recuperación.

Prevenido por la historia, empecé a preguntarme si estábamos dirigiéndonos hacia otra reacción negativa como las de 1895, 1917 y 1947 contra el reconocimiento de la realidad del trauma. Se demostró que así era, ya que a principios de los años noventa habían empezado a aparecer artículos en muchas revistas y publicaciones líderes de Estados Unidos y Europa sobre el llamado síndrome *de los falsos recuerdos*, en el que los pacientes psiquiátricos supuestamente fabricaban elaborados recuerdos falsos de abusos sexuales, que luego afirmaban que habían permanecido dormidos durante muchos años antes de ser recordados.

Lo sorprendente de esos artículos era la certeza con la que afirmaban que no había ninguna evidencia de que la gente recuerde los traumas de un modo distinto a como recuerda acontecimientos ordinarios. Recuerdo claramente una llamada telefónica de un conocido semanario londinense diciéndome que estaban pensando en publicar un artículo sobre la memoria traumática en su próximo número y preguntándome si quería comentar algo sobre el tema. Su petición me entusiasmó, y les dije que la pérdida de recuerdos de los acontecimientos traumáticos se había empezado a estudiar en Inglaterra un siglo atrás. Mencioné el trabajo de John Eric Erichsen y Frederic Myers sobre los accidentes de ferrocarril en las décadas de 1860 y 1870 y los completos estudios de Charles Samuel Myers y W. H. R. Rivers sobre los problemas de memoria en los soldados que combatieron en la I Guerra Mundial. También les sugerí que consultaran un artículo publicado en *The Lancet* en 1944, que describía las secuelas del rescate del Ejército británico en pleno de las playas de Dunkirk en 1940. Más del 10 % de los soldados estudiados sufrieron grandes pérdidas de memoria tras la evacuación.[17] A la semana siguiente, la revista contó a sus lectores que no había ninguna evidencia de que las personas pierdan todos o parte de sus recuerdos tras un acontecimiento

traumático.

El tema del recuerdo tardío de los traumas no era especialmente controvertido cuando Myers y Kardiner describieron por primera vez este fenómeno en sus libros sobre neurosis de guerra en la I Guerra Mundial; cuando se observó una pérdida importante de memoria tras la evacuación de Dunkirk; o cuando escribí sobre los veteranos de Vietnam y la superviviente del incendio del club Cocoanut Grove. Sin embargo, en los años ochenta y principios de los años noventa, a medida que empezaron a documentarse problemas de memoria similares en mujeres y niños en el contexto del maltrato doméstico, los esfuerzos de las víctimas de abusos para buscar justicia contra sus supuestos abusadores hizo que el tema pasara de la ciencia a la política y al derecho. Esto, a su vez, se convirtió en el contexto de los escándalos de pedofilia en la Iglesia católica, en los que expertos en memoria se enfrentaban entre sí en los tribunales de Estados Unidos y más tarde de Europa y Australia.

Los expertos que testificaron en nombre de la Iglesia afirmaron que los recuerdos de los abusos sexuales en la infancia, en el mejor de los casos, no eran fiables y que las acusaciones realizadas por las supuestas víctimas eran probablemente resultado de unos falsos recuerdos implantados en su mente por terapeutas excesivamente empáticos, crédulos o movidos por sus propios intereses. Durante este periodo, examiné a más de cincuenta adultos que, como Julian, recordaban haber sufrido abusos por parte de sacerdotes. Sus acusaciones fueron negadas en aproximadamente la mitad de los casos.

LA CIENCIA DE LA MEMORIA REPRIMIDA

En realidad, ha habido cientos de publicaciones científicas durante más de un siglo que han documentado cómo se puede reprimir el recuerdo de un trauma, para volver a salir a la superficie años o décadas después.[18] La pérdida de memoria se ha observado en personas que han vivido desastres naturales, accidentes, traumas de guerra, secuestros, torturas, campos de concentración y abusos físicos y sexuales. La pérdida total de memoria es más habitual en el abuso sexual infantil, con una incidencia que va del 19 % al 38 %.[19] Este tema no es especialmente controvertido: En una época tan temprana como en 1980, el DSM-III reconocía la existencia de la pérdida de memoria en los acontecimientos traumáticos en los criterios diagnósticos para la amnesia disociativa: «La incapacidad de recordar importante información personal,

generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado extensa para ser explicada por un olvido normal». La pérdida de memoria ha formado parte de los criterios del TEPT desde que se introdujo este diagnóstico por primera vez.

Uno de los estudios más interesantes sobre la memoria reprimida es el que realizó la doctora Linda Meyer Williams, que empezó cuando era estudiante de sociología en la Universidad de Pensylvania a principios de los años setenta. Williams entrevistó a 206 chicas de entre 10 y 12 años que habían ingresado en urgencias después de un abuso sexual. Sus análisis de laboratorio, así como las entrevistas con las niñas y sus padres, se conservaron en los historiales médicos del hospital. 17 años después, Williams pudo hacer seguimiento a 136 de las chicas, ya adultas, con las que realizó extensas entrevistas de seguimiento.[20] Más de un tercio de las mujeres (el 38 %) no recordaban el abuso documentado en sus historiales médicos, y solo 15 mujeres (el 12 %) dijeron que nunca sufrieron abusos de niñas. Más de dos tercios (el 68 %) hablaron de otros incidentes de abusos sexuales infantiles. Las mujeres que eran más jóvenes en el momento del incidente y aquellas que sufrieron abusos de una persona que conocían tenían más probabilidades de haber olvidado su abuso.

Este estudio también examinaba la fiabilidad de los recuerdos. Una de cada diez mujeres (el 16 % de las que recordaban los abusos) declaró que lo habían olvidado en algún momento del pasado, pero más tarde recordaron que había sucedido. En comparación con las mujeres que siempre habían recordado los abusos sexuales, las que habían tenido un periodo de olvido anterior eran más jóvenes en el momento de los abusos y era menos probable que hubieran recibido apoyo de su madre. Williams también determinó que los recuerdos recuperados eran aproximadamente igual de precisos que los que nunca se habían olvidado: todos los recuerdos de las mujeres eran precisos en cuanto a los hechos centrales del incidente, pero ninguna de sus historias cuadraba exactamente con todos los detalles documentados en su historial.[21]

Los hallazgos de Williams han sido confirmados por una investigación neurocientífica reciente que muestra que los recuerdos recuperados suelen volver al banco de recuerdos con modificaciones.[22] Mientras el recuerdo es inaccesible, la mente es incapaz de cambiarlo. Pero en cuanto una historia se empieza a contar, especialmente si se cuenta repetidamente, cambia (el hecho de narrar en sí cambia la narración). La mente no puede evitar buscar un

significado a partir de lo que sabe, y el significado que damos a nuestra vida cambia cómo y qué recordamos.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de pruebas que demuestran que el trauma puede olvidarse y remontar a la superficie años después, ¿por qué casi cien reputados científicos expertos en memoria de diferentes países se jugaron su reputación en el recurso para dar la vuelta a la condena del padre Shanley, afirmando que los «recuerdos reprimidos» se basaban en una «ciencia de pacotilla»? Como la pérdida de memoria y el recuerdo tardío de las experiencias traumáticas no se habían documentado nunca en el laboratorio, algunos científicos cognitivos negaban rotundamente que este fenómeno existiera[23] o que los recuerdos traumáticos recuperados pudieran ser precisos.[24] Sin embargo, lo que ven los médicos en las salas de urgencias, o en las unidades de psiquiatría, y en el campo de batalla, es necesariamente bastante distinto de lo que los científicos observan en sus laboratorios inofensivos y bien organizados.

Pensemos en el experimento conocido como «perdido en el centro comercial», por ejemplo. Investigadores académicos han demostrado que es relativamente fácil implantar recuerdos de acontecimientos que nunca han sucedido, como haberse perdido en un centro comercial de niño.[25] Aproximadamente el 25 % de los sujetos de estos estudios «recuerdan» posteriormente que estaban atemorizados e incluso rellenan los detalles que faltan. Pero estos recuerdos no contienen el terror visceral que un niño perdido experimentaría realmente.

Otra línea de investigación documentó la poca fiabilidad del testimonio de los testigos oculares. Se puede mostrar a los sujetos un video de un coche circulando por una calle y preguntarles luego si vieron una señal de stop o un semáforo; a los niños se les puede pedir que recuerden qué llevaba puesto un visitante masculino que ha ido a su clase. Otros experimentos con testigos oculares demostraron que las preguntas formuladas a los testigos podían alterar lo que afirmaban recordar. Estos estudios fueron valiosos para cuestionar muchas prácticas policiales y judiciales, pero tienen poca relevancia con respecto al recuerdo traumático.

El problema fundamental es el siguiente: los acontecimientos que se producen en un laboratorio no pueden considerarse equivalentes a las condiciones en las que se crean los recuerdos traumáticos. El terror y la impotencia asociados con el TEPT simplemente no se pueden introducir *de novo* en este contexto. Podemos estudiar los efectos de los traumas existentes

en el laboratorio, como en nuestros estudios de las imágenes basadas en un guion para los *flashbacks*, pero la huella original del trauma no se puede establecer allí. El doctor Roger Pitman realizó un estudio en Harvard en el que mostraba a los estudiantes una película titulada *Faces of Death* (Los rostros de la muerte), que contenía imágenes documentales de muertes violentas y ejecuciones. Esta película, ahora prohibida, es tan extrema como cualquier comité de revisión institucional permitiría, pero no provocó que los voluntarios normales de Pitman desarrollaran síntomas de TEPT. Si queremos estudiar los recuerdos traumáticos, tenemos que estudiar los recuerdos de las personas que han sido realmente traumatizadas.

Cabe destacar que cuando el entusiasmo y la rentabilidad de los testimonios en los tribunales disminuyeron, la controversia «científica» también desapareció, dejando finalmente que los médicos pudieran tratar los daños de los recuerdos traumáticos.

RECUERDOS NORMALES FRENTE A RECUERDOS TRAUMÁTICOS

En 1994, con mis compañeros del Hospital General de Massachusetts, decidimos realizar un estudio sistemático comparando cómo recordaba la gente las experiencias positivas y las horribles. Pusimos anuncios en los periódicos locales, en lavanderías y en tablones de anuncios del sindicato de estudiantes diciendo: «¿Te ha ocurrido algo horrible que no puedes quitarte de la cabeza? Llama al 727-5500; te pagaremos 10 dólares por participar en este estudio». Como respuesta a nuestro primer anuncio, se presentaron 76 voluntarios.[26]

Después de presentarnos, empezamos preguntando a cada participante: «¿Puedes contarnos un acontecimiento de tu vida que crees que siempre recordarás pero que no sea traumático?». Un participante se lanzó y dijo: «El día que nació mi hija»; otros mencionaron el día de su boda, el día en que su equipo ganó algo, o cuando se graduaron con las mejores calificaciones. Luego les pedimos que se centraran en algunos detalles sensoriales concretos de esos acontecimientos, como por ejemplo: «¿Le ha sucedido estar en algún sitio y de repente tener una imagen vívida de su esposo en el día de su boda?». Las respuestas siempre fueron negativas. «¿O la sensación del cuerpo de su esposo en su noche de bodas?» (esta nos valió algunas miradas de extrañeza). O también: «¿En ocasiones recuerda de manera vívida y

precisa el discurso que dio en su graduación?» o «¿A veces nota sensaciones intensas al recordar el nacimiento de su primer hijo?». Todas las respuestas fueron negativas.

Luego les preguntamos sobre los traumas que les habían traído al estudio (la mayoría violaciones). Les preguntamos: «¿En ocasiones recuerda repentinamente el olor de su violador?» y «¿A veces experimenta las mismas sensaciones físicas de cuando fue violada?». Estas preguntas precipitaban respuestas muy emocionales: «Por eso ya no puedo ir a fiestas, porque el olor de alcohol en el aliento de una persona me hace sentir que me están violando otra vez» o «Ya no puedo hacer el amor con mi marido, porque cuando me toca de una manera concreta siento que me están violando otra vez».

Hubo dos grandes diferencias entre el modo en que la gente hablaba de los recuerdos en positivo en comparación con las experiencias traumáticas: (1) en el modo en que los recuerdos estaban organizados, y (2) sus reacciones físicas ante ellos. Las bodas, los nacimientos y las graduaciones se recordaban como acontecimientos del pasado, historias con un inicio, un desarrollo y un final. Nadie dijo que hubiera épocas en las que olvidaran completamente esos acontecimientos.

En cambio, los recuerdos traumáticos estaban desorganizados. Nuestros sujetos recordaban algunos detalles demasiado claramente (el olor del violador, el orificio en la frente de un niño muerto), pero no podían recordar la secuencia de acontecimientos ni otros detalles vitales (la primera persona que llegó para ayudarles, si fueron al hospital en ambulancia o en el coche de la policía).

También preguntamos a los participantes cómo recordaban su trauma en tres momentos: justo después de que sucediera, cuando se veían más alterados por sus síntomas y durante la semana posterior al estudio. Todos nuestros participantes con traumas dijeron que no habían podido contar concretamente lo que les sucedió inmediatamente después de que sucediera. (Esto no sorprenderá a las personas que hayan trabajado en urgencias o en un servicio de ambulancia: las personas que llegan después de un accidente de carretera en el que ha fallecido un niño o un amigo se quedan sentados en silencio estupefactos, atónitos por el terror). Casi todos tenían *flashbacks* repetitivos: se sentían abrumados por imágenes, sonidos, sensaciones y emociones. Con el paso del tiempo, se activaban detalles y sentimientos incluso más sensoriales, pero la mayoría de los participantes también empezaron a poder comprenderlos ligeramente. Empezaban a «saber» lo que

les había sucedido y a poder contar la historia a otras personas, una historia que llamamos «el recuerdo del trauma».

Poco a poco, las imágenes y los *flashbacks* eran cada vez menos frecuentes, pero la mayor mejora se producía en la capacidad de los participantes de juntar los detalles y crear la secuencia del acontecimiento. En el momento en que condujimos nuestro estudio, el 85 % de ellos eran capaces de contar una historia coherente, con un inicio, un desarrollo y un final. Solo a unos pocos les faltaban detalles significativos. Observamos que los cinco que dijeron que habían sufrido abusos infantiles tenían las narraciones más fragmentadas (los recuerdos les seguían llegando como imágenes, sensaciones físicas y emociones intensas).

Básicamente, nuestro estudio confirmó el sistema de memoria dual que Janet y sus compañeros de La Salpêtrière habían descrito más de cien años atrás: los recuerdos traumáticos son fundamentalmente distintos de las historias que contamos sobre el pasado. Están disociados. Las diferentes sensaciones que entraron en el cerebro en el momento del trauma no están bien montadas en una historia, en un trozo de nuestra autobiografía.

Quizás el hallazgo más importante de nuestro estudio fue que recordar el trauma con todos sus afectos asociados no lo resuelve necesariamente, como Breuer y Freud afirmaron en 1893. Nuestra investigación no confirmó la idea de que el lenguaje pueda sustituir a la acción. La mayoría de los participantes de nuestro estudio podía contar una historia coherente y también experimentar el dolor asociado con esas historias, pero seguían acechados por imágenes y sensaciones físicas insoportables. Los estudios sobre el tratamiento por exposición contemporáneo, elemento esencial de la terapia cognitivo-conductual, también arroja unos resultados decepcionantes: la mayoría de los pacientes tratados con este método siguen presentando síntomas graves de TEPT tres meses después del tratamiento.[27] Como veremos, encontrar palabras para describir lo que nos ha sucedido puede resultar transformador, pero no siempre evita los *flashbacks* o mejora la concentración, ni estimula la implicación vital en nuestra vida ni reduce la hipersensibilidad ante las decepciones y los daños percibidos.

ESCUCHAR A LOS SUPERVIVIENTES

Nadie quiere recordar un trauma. En este sentido, la sociedad no es diferente de las propias víctimas. Todos queremos vivir en un mundo seguro,

manejable y previsible, y las víctimas nos recuerdan que esto no es siempre así. Para comprender el trauma, debemos superar nuestra reticencia natural a confrontar esta realidad y reunir el valor para escuchar los testimonios de los supervivientes.

En su libro *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (1991), Lawrence Langer escribe sobre su trabajo en los archivos de vídeo Fortunoff de la Universidad de Yale: «Escuchando los relatos de la experiencia del Holocausto, desenterramos un mosaico de evidencias que constantemente se desvanece en capas inescrutables de incompletitud.[28] Luchamos con los inicios de un cuento permanentemente inacabado, repleto de intervalos incompletos, frente al espectáculo de un testigo vacilante a menudo reducido a un silencio consternado por los abrumadores requerimientos de la memoria profunda». Como uno de sus testigos afirma: «Si no estuviste allí, es difícil describir y decir cómo era. Cómo los hombres funcionan bajo ese estrés es una cosa, y luego cómo comunicas y expresas esto a alguien que no sabía que tal grado de brutalidad existe parece una fantasía».

Otra superviviente, Charlotte Delbo, describe su existencia dual después de Auschwitz: «Aquella que estaba en el campo no era yo, no era la persona que está delante suyo. No, es demasiado increíble. Y todo lo que ocurrió a esa otra “yo”, la de Auschwitz, no me afecta *a mí*, no me concierne, los recuerdos profundos y los habituales son muy distintos… Sin esta separación, no habría podido volver a la vida».[29] Comenta que incluso las palabras tienen un significado dual: «De lo contrario, una persona [del campo de concentración] que sufriera sed durante semanas nunca podría volver a decir “Tengo sed, tomemos un té”. La sed [después de la guerra] se convirtió de nuevo en un término usado habitualmente. Por otro lado, si sueño con la sed que sufrí en Birkenau [las instalaciones de exterminio de Auschwitz] me veo como estaba entonces, demacrada, carente de razón, tambaleante».[30]

Langer concluye de forma evocadora: «¿Quién puede encontrar una sepultura adecuada para estos mosaicos dañados de la mente, donde puedan descansar en paz? La vida sigue, pero en dos direcciones temporales a la vez, con un futuro incapaz de escapar de las garras de un recuerdo cargado de dolor».[31]

La esencia del trauma es que es abrumador, increíble e insoportable. Cada paciente nos pide que dejemos de pensar en términos de lo que consideramos normal y aceptemos que estamos tratando con una realidad dual: la realidad de un presente relativamente seguro y previsible que vive al lado de un

pasado ruinoso que se hace continuamente presente.

LA HISTORIA DE NANCY

Pocos pacientes han expresado esta dualidad en palabras tan claramente como Nancy, la directora de enfermería de un hospital del Medio Oeste que vino a Boston varias veces para visitarse conmigo. Poco después del nacimiento de su tercer hijo, Nancy se sometió a una intervención que suele ser ambulatoria de manera rutinaria: una ligadura de trompas laparoscópica, en la que las trompas de Falopio se cauterizan para evitar futuros embarazos. Sin embargo, como no le pusieron suficiente anestesia, se despertó cuando la operación ya había empezado y permaneció consciente casi hasta el final, en ocasiones cayendo en lo que ella llamaba «sueño ligero» o «ensoñación», a veces sintiendo todo el horror de su situación. No podía alertar al personal del quirófano moviéndose o gritando porque le habían administrado un relajante muscular estándar para evitar las contracciones musculares durante la intervención.

Se calcula que este tipo de «conciencia en la anestesia» ocurre en aproximadamente 30.000 pacientes quirúrgicos en Estados Unidos cada año,[32] y yo ya había testificado anteriormente en nombre de personas que habían quedado traumatizadas por la experiencia. Nancy, sin embargo, no quiso demandar a su cirujano ni a su anestesista. Estaba completamente centrada en la realidad de su trauma para poder poner fin a sus intrusiones en su vida diaria. Me gustaría terminar este capítulo compartiendo varios pasajes de una destacada serie de correos electrónicos en los que describía su duro viaje hacia su recuperación.

Al principio, Nancy no sabía lo que le había sucedido. «Cuando volvimos a casa, yo seguía algo aturdida, haciendo las cosas típicas de la casa, pero sin sentir realmente que estaba viva o que era real. Me costó dormir esa noche. Durante días, permanecí en mi pequeño mundo desconectado. No podía usar el secador, la tostadora, el horno, ni nada que se calentara. No podía concentrarme en lo que la gente hacía o me decía. Simplemente, no me importaba. Cada vez estaba más nerviosa. Cada vez dormía menos. Sabía que me estaba comportando de un modo extraño y seguía intentando comprender qué me tenía tan asustada.

»La cuarta noche tras la intervención, hacia las tres de la mañana, empecé a darme cuenta de que el sueño en el que había estado viviendo todo ese

tiempo estaba relacionado con las conversaciones que escuché en el quirófano. De repente, me vi transportada de nuevo al quirófano, y pude sentir mi cuerpo paralizado mientras lo quemaban. Estaba sepultada en un mundo de terror y horror». Desde ese momento, afirma Nancy, los recuerdos y los *flashbacks* irrumpieron en su vida.

«Era como si la puerta estuviera ligeramente abierta, permitiendo la intrusión. Era una mezcla de curiosidad y de evitación. Seguía teniendo miedos irracionales. Me daba muchísimo miedo dormir; sentía una sensación de terror al ver el color azul. Mi marido, desgraciadamente, sufría el mayor impacto de mi enfermedad. Le atacaba sin pretenderlo realmente. Dormía como máximo dos o tres horas, y mis jornadas estaban repletas de horas de *flashbacks*. Estaba permanentemente hiperalerta, sintiéndome amenazada por mis propios pensamientos y queriendo escapar de ellos. Perdí diez kilos en tres semanas. La gente no dejaba de decirme lo guapa que estaba.

»Empecé a pensar en la muerte. Desarrollé una visión muy distorsionada de mi vida, en la que todos mis éxitos se reducían y los antiguos fracasos se amplificaban. Estaba haciendo daño a mi marido y descubrí que no podía proteger a mis hijos de mi rabia.

»Tres semanas después de la operación, retomé mi trabajo en el hospital. La primera vez que vi a alguien con ropa quirúrgica fue en el ascensor. Quise salir inmediatamente, pero evidentemente no pude. Luego, tuve la necesidad irracional de pegarle, pero me retuve con un esfuerzo considerable. Este episodio desencadenó mayores *flashbacks*, terror y disociación. Lloré durante todo el trayecto del trabajo a casa. Después de aquello, me hice adepta a la evitación. Nunca subía a un ascensor, nunca iba a la cafetería y evitaba las plantas quirúrgicas».

Gradualmente, Nancy fue capaz de dar sentido a sus *flashbacks* y de crear un recuerdo comprensible, aunque horripilante, de su intervención. Recordó las palabras tranquilizadoras de las enfermeras del quirófano y un breve periodo de sueño después de que empezara el efecto de la anestesia. Luego, recordó cómo empezó a despertarse.

«Todo el equipo se estaba riendo sobre la aventura de una de las enfermeras. Esto coincidió con la primera incisión quirúrgica. Sentí la punzada del bisturí, luego el corte, y luego mi sangre caliente sobre la piel. Intenté moverme desesperadamente, hablar, pero mi cuerpo no funcionaba. No podía entenderlo. Sentí un dolor más profundo cuando las capas de músculo se separaban bajo su propia tensión. Supe que no debería estar

notándolo».

Después, Nancy recuerda cómo le «hurgaban» en la barriga y lo identificó como la colocación de los instrumentos laparoscópicos. Notó cómo le oprimían la trompa izquierda. «Luego, de repente, noté un dolor intenso, ardiente y agudo. Intenté escapar, pero la sonda de cauterización me perseguía, quemándome implacablemente. Simplemente, no hay palabras para describir el terror de esta experiencia. Ese dolor no era como cualquier otro dolor sentido y superado antes, como un hueso roto o un parto natural. Empieza como un dolor extremo, luego sigue implacablemente mientras va quemando lentamente la trompa. El dolor de que te corten con el bisturí no es nada en comparación con este dolor enorme.

»Luego, de golpe, la trompa derecha notó el impacto inicial de la sonda cauterizante. Cuando les escuché reír, perdí brevemente la noción de dónde estaba. Creí que estaba en una sala de torturas, y no podía entender por qué me torturaban sin pedirme ninguna información… Mi mundo se redujo a una pequeña esfera en torno a la mesa del quirófano. No había percepción del tiempo, no había pasado, ni futuro. Solo había dolor, terror y horror. Me sentía aislada de toda la humanidad, profundamente sola a pesar de estar rodeada de gente. La esfera se cerraba encima de mí.

»En mi agonía, tuve que hacer algún movimiento. Escuché a la enfermera de anestesia decirle al anestesista que estaba "ligera". Pidió más medicación y luego dijo tranquilamente: "No hace falta ponerlo en el historial". Es el último recuerdo que tengo».

En los últimos correos electrónicos que me mandó, Nancy intentaba captar la realidad existencial del trauma.

«Quiero contarle cómo es un *flashback*. Es como si el tiempo se doblara o se torciera, de manera que presente y pasado se funden, como si me transportara físicamente al pasado. Los símbolos relacionados con el trauma original, por muy benignos que sean en realidad, se contaminan por completo y se convierten en objetos que hay que odiar, temer, destruir si se puede o evitar si no. Por ejemplo, cualquier tipo de plancha (de juguete, de ropa, de pelo) termina viéndose como un instrumento de tortura. Cada vez que veía ropa de quirófano, me quedaba disociada, confundida, mareada físicamente y en ocasiones conscientemente enfadada.

»Mi matrimonio se está derrumbando poco a poco…, mi marido ha terminado convirtiéndose en la gente despiadada [el personal de quirófano] que me hizo daño sin dejar de reírse. Existo en un estado dual. Una

insensibilidad generalizada me cubre con una manta, y sin embargo el contacto con un niño pequeño me devuelve al mundo. Durante un momento, estoy presente y formo parte de la vida, no soy solo una observadora.

»Es interesante que en el trabajo funciono muy bien, y siempre me hacen comentarios positivos. La vida sigue con su propia sensación de falsedad.

»Esta existencia dual tiene algo de extraño, de raro. Me cansa. Sin embargo, no puedo abandonar, y no puedo engañarme pensando que si ignoro a la bestia desaparecerá. Muchas veces me he dicho que ya había recordado todos los acontecimientos en torno a la intervención, hasta que vuelvo a descubrir uno más.

»Hay muchos fragmentos de esos cuarenta y cinco minutos de mi vida que aún desconozco. Mis recuerdos todavía están incompletos y fragmentados, pero ya no creo que deba saberlo todo para comprender qué sucedió.

»Cuando el miedo disminuye, me doy cuenta de que puedo manejarlo, pero una parte de mí duda que pueda hacerlo. El tirón del pasado es fuerte; es el lado oscuro de mi vida; y debo vivir allí de vez en cuando. La lucha también puede ser una manera de saber que sobrevivo (una recreación de la lucha por la supervivencia), que aparentemente gané pero de la que no me puedo adueñar».

Una primera señal de recuperación se produjo cuando Nancy necesitó otra operación más importante. Eligió un hospital de Boston para la intervención, pidió una reunión preoperatoria con los cirujanos y el anestesista concretamente para contarles su experiencia anterior, y les pidió que me dejaran entrar en el quirófano. Por primera vez en muchos años, me puse una bata de quirófano y la acompañé al quirófano durante la inducción de la anestesia. Esta vez, se despertó con una sensación de seguridad.

Dos años después, escribí a Nancy pidiéndole permiso para usar su relato en este capítulo. En su respuesta, me puso al día sobre el progreso de su recuperación: «Me encantaría poder decir que la operación a la que fuiste tan amable de acompañarme puso fin a mi sufrimiento. Tristemente, no fue así. Al cabo de unos seis meses, tomé dos decisiones que resultaron providentes: dejé la terapia cognitivo-conductual para trabajar con un psiquiatra psicodinámico y me apunté a clases de Pilates.

»En nuestro último mes de terapia, le pregunté a mi psiquiatra por qué no había intentado amarrarme como los otros terapeutas habían intentado (y fracasaron). Me dijo que, teniendo en cuenta lo que había logrado con mis

hijos y en mi trabajo, creía que tenía suficiente resiliencia como para sanarme yo misma si creaba un entorno seguro para poder hacerlo. Era una hora a la semana que se había convertido para mí en un refugio en el que podía revelar el misterio de cómo había quedado tan perjudicada y luego reconstruirme de manera completa, no fragmentada, pacífica y no atormentada. Gracias al Pilates, encontré un núcleo físico más fuerte, así como a una comunidad de mujeres que me aceptó voluntariamente y me dio el apoyo social que tanto me había faltado desde el trauma. Este refuerzo básico combinado (psicológico, social y físico) me dio una sensación de seguridad y de dominio personal, relegando mis recuerdos a un pasado lejano, permitiendo al presente y al futuro emerger».

PARTE 5

CAMINOS HACIA LA RECUPERACIÓN

CAPÍTULO 13

SUPERAR EL TRAUMA: SER DUEÑOS DE NOSOTROS MISMOS

No voy a terapia para descubrir si soy raro,
voy y encuentro una respuesta cada semana,
y cuando hablo de la terapia, sé lo que piensa la gente,
que solo te vuelve egoísta y hace que te enamores de tu psicólogo.
Pero, oh, cómo amé a todos los demás
cuando finalmente logré hablar tanto sobre mí mismo

–Dar Williams, *What Do You Hear in These Sounds*

Nadie puede «tratar» una guerra, un maltrato, una violación, un abuso sexual, o cualquier otro acontecimiento horrendo, en este sentido. Lo que ha sucedido no se puede deshacer. Pero lo que sí que se pueden tratar son las huellas del trauma en el cuerpo, la mente y el alma: las sensaciones aplastantes en el pecho que podemos etiquetar como ansiedad o depresión; el miedo a perder el control; estar siempre en alerta ante el peligro o el rechazo; el odio hacia uno mismo; las pesadillas y los *flashbacks*; la niebla que nos

impide concentrarnos y dedicarnos totalmente a lo que estamos haciendo; la incapacidad de abrir por completo nuestro corazón a otro ser humano.

El trauma nos arrebata la sensación de control sobre nosotros mismos (que llamaré *autoliderazgo* en los siguientes capítulos).[1] El reto de la recuperación es volver a adueñarnos de nuestro cuerpo y de nuestra mente, de nosotros mismos. Esto significa sentirnos libres de saber lo que sabemos y de sentir lo que sentimos sin acabar abrumados, enfadados, avergonzados o colapsados. Para la mayoría de las personas, ello implica: (1) encontrar el modo de permanecer tranquilos y centrados, (2) aprender a mantener esta calma ante imágenes, pensamientos, sonidos o sensaciones físicas que nos recuerdan el pasado, (3) encontrar el modo de estar completamente vivos en el presente interactuando con las personas que nos rodean, (4) no tener que guardar secretos sobre nosotros mismos, incluyendo secretos sobre las cosas que nos han permitido sobrevivir.

Estos objetivos no son etapas que haya que superar, una a una, en una secuencia fija. Se superponen, y algunos pueden ser más difíciles que otros, dependiendo de las circunstancias individuales. En cada uno de los siguientes capítulos, hablaré de métodos o enfoques específicos para superarlos. He intentado que estos capítulos sean útiles tanto para los supervivientes de los traumas como para los terapeutas que los tratan. Las personas que sufren estrés temporal también los pueden encontrar útiles. He utilizado extensamente cada uno de estos métodos para tratar a mis pacientes, y también los he experimentado personalmente. Algunas personas mejoran usando solo uno de los métodos, pero para la mayoría lo ideal son diferentes enfoques en diferentes fases de su recuperación.

He realizado estudios científicos de muchos de los tratamientos que describo aquí y he publicado las conclusiones de dichos estudios en revistas científicas revisadas por otros expertos.[2] En este capítulo, mi objetivo es proporcionar una visión general de los principios subyacentes, una introducción sobre lo que vendrá, y algunos breves comentarios sobre algunos métodos que no trataré en detalle.

UN NUEVO ENFOQUE SOBRE LA RECUPERACIÓN

Cuando hablamos del trauma, solemos empezar con una historia o una pregunta: «¿Qué sucedió durante la guerra?», «¿Sufrió tocamientos alguna

vez?», «Le hablaré sobre ese accidente o esa violación», o «¿Tenía alguien de su familia problemas con la bebida?». Sin embargo, el trauma es mucho más que una historia sobre algo que sucedió hace mucho tiempo. Las emociones y las sensaciones físicas que quedaron impresas durante el trauma se experimentan no como recuerdos, sino como reacciones físicas perturbadoras en el presente.

Para recuperar el control sobre nosotros mismos, debemos retomar el trauma: tarde o temprano, deberemos enfrentarnos a lo que nos ha sucedido, pero solo cuando nos sintamos seguros y cuando no nos vuelva a traumatizar. La primera consigna es encontrar el modo de manejar la agitación provocada por las sensaciones y las emociones asociadas con el pasado.

Como hemos mostrado en las anteriores partes de este libro, los motores de las reacciones postraumáticas se encuentran situados en el cerebro emocional. A diferencia del cerebro racional, que se expresa mediante pensamientos, el cerebro emocional se manifiesta mediante reacciones físicas: dolor de tripas, latidos acelerados, respiración rápida y superficial, sensaciones de desgarro, hablar con un hilo de voz o con la voz tensa, y los característicos movimientos corporales que significan colapso, rigidez, rabia o estar a la defensiva.

¿Por qué no podemos ser razonables? Y ¿puede ayudar la comprensión? El cerebro racional y ejecutivo sabe ayudarnos a comprender de dónde vienen los sentimientos (por ejemplo, «Me da miedo acercarme a un chico porque mi padre abusaba de mí» o «Me cuesta expresar mi amor a mi hijo porque me siento culpable por haber matado a un niño en Irak»). Sin embargo, el cerebro racional no puede *suprimir* las emociones, las sensaciones o los pensamientos (como vivir con una sensación de amenaza o sentir que somos fundamentalmente una persona horrible, aunque racionalmente sepamos que no debemos sentirnos culpables porque nos hayan violado). Entender *por qué* nos sentimos de cierta manera no cambia *cómo* nos sentimos. Pero puede evitar que nos rindamos ante reacciones intensas (por ejemplo, atacar a un jefe que nos recuerda a nuestro abusador, romper con nuestra pareja al primer desacuerdo o saltar a los brazos de un extraño). Sin embargo, cuanto más exhaustos estamos, más deja paso nuestro cerebro racional a nuestras emociones.[3]

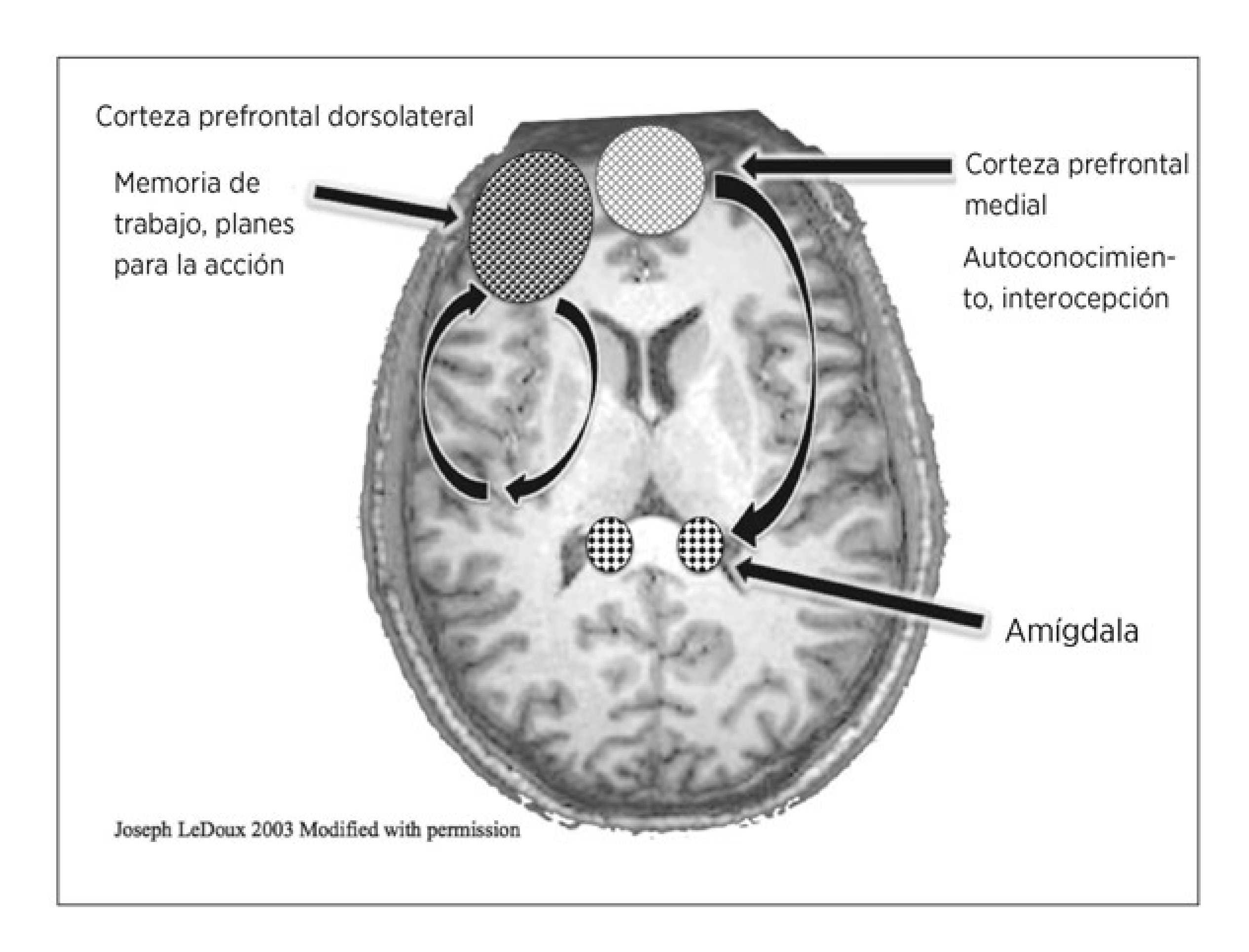
TERAPIA DEL SISTEMA LÍMBICO

La cuestión fundamental para superar el estrés traumático es restablecer el equilibrio adecuado entre los cerebros racional y emocional, para poder sentir que mantenemos el control de nuestra respuesta y de nuestro comportamiento ante la vida. Cuando nos vemos empujados a estados de híper o hipoactivación, quedamos fuera de nuestra «ventana de tolerancia», el abanico de funcionamiento óptimo.[4] Nos volvemos reactivos y desorganizados, nuestros filtros dejan de funcionar: los sonidos y las luces nos molestan, nos vienen a la mente imágenes indeseadas del pasado y nos dan ataques de pánico o de ira. Si estamos desconectados, tenemos el cuerpo y la mente insensibilizados; nuestro pensamiento se vuelve lento y nos cuesta movernos de la silla.

Mientras estamos hiperactivados o desconectados, no podemos aprender de la experiencia. Aunque logramos mantener el control, nos ponemos tan tensos (en Alcohólicos Anónimos lo llaman «sobriedad forzada») que nos volvemos inflexibles, testarudos y deprimidos. Superar el trauma significa recuperar el funcionamiento ejecutivo y, con él, la autoconfianza y la capacidad de diversión y creatividad.

Si queremos cambiar las reacciones postraumáticas, debemos acceder al cerebro emocional y hacer una «terapia del sistema límbico»: reparar los sistemas de alarma defectuosos y restaurar el cerebro emocional para que vuelva a su tarea ordinaria de ser una presencia de fondo silenciosa que se ocupe de la intendencia del cuerpo, asegurándose de que comemos, dormimos, conectamos con nuestra pareja, protegemos a nuestros hijos y nos defendemos contra el peligro.

El neurocientífico Joseph LeDoux y sus compañeros han demostrado que la única manera de acceder conscientemente al cerebro emocional es mediante el autoconocimiento; es decir, activando la corteza prefrontal medial, la parte del cerebro que detecta lo que sucede en nuestro interior y que, por tanto, nos permite sentir lo que estamos sintiendo[5] (el término técnico es «interocepción», palabra en latín que significa «mirar dentro»). La mayor parte de nuestro cerebro consciente se dedica a centrarse en el mundo exterior: llevarnos bien con los demás y hacer planes de futuro. Sin embargo, esto no nos ayuda a manejarnos a nosotros mismos. La investigación neurocientífica ha demostrado que la única forma de cambiar cómo nos sentimos es siendo conscientes de nuestra experiencia *interior* y aprendiendo a ser amigos de lo que sucede en nuestro interior.



Acceder al cerebro emocional. La parte racional y de análisis del cerebro, centrada en la corteza prefrontal dorsolateral, no tiene conexiones directas con el cerebro emocional, donde residen la mayoría de las huellas del trauma, pero la corteza prefrontal medial, el centro de la autoconocimiento, sí que las tiene.

HACERNOS AMIGOS DEL CEREBRO EMOCIONAL

1. MANEJAR LA HIPERACTIVACIÓN

En las últimas décadas, la psiquiatría general se ha centrado en el uso de fármacos para cambiar cómo nos sentimos, y esto se ha convertido en la forma aceptada de manejar la hiper y la hipoactivación. Hablaré de los fármacos más adelante en este capítulo, pero antes debo subrayar que tenemos muchas aptitudes innatas para mantenernos en equilibrio. En el

capítulo 5 vimos cómo se registran las emociones en el cuerpo. Aproximadamente el 80 % de las fibras del nervio vago (que conecta el cerebro con muchos órganos internos) son aferentes; es decir, discurren del cuerpo hacia el cerebro.[6] Esto significa que podemos educar directamente nuestro sistema de activación según nuestra forma de respirar, cantar y movernos, un principio que se ha utilizado desde tiempos inmemoriales en lugares como China y la India, y en todas las prácticas religiosas que conozco, pero que se considera sospechosamente «alternativo» en la cultura general.

En una investigación respaldada por los Institutos Nacionales de Salud, mis compañeros y yo demostramos que diez semanas de práctica de yoga reducían claramente los síntomas del TEPT en pacientes que no habían respondido a ninguna medicación o a ningún otro tratamiento[7] (hablaré del yoga en el capítulo 16). El neurofeedback, tema en el que se centra el capítulo 19, también puede resultar especialmente efectivo en niños y en adultos que están tan hiperactivados o desconectados que les cuesta mucho centrarse y establecer prioridades.[8]

Aprender a respirar tranquilamente y a permanecer en un estado de relajación física relativa, incluso mientras se accede a recuerdos dolorosos y horribles, es una herramienta fundamental para la recuperación.[9] Cuando deliberadamente realizamos unas respiraciones lentas y profundas, notamos los efectos del freno parasimpático en nuestra activación (como explicamos en el capítulo 5). Cuanto más centrados permanecemos en nuestra respiración, más beneficioso será, especialmente si prestamos atención hasta el final de la espiración y luego esperamos un momento antes de volver a inspirar. Si seguimos respirando y notando cómo el aire entra y sale de nuestros pulmones, podemos pensar en el papel que desempeña el oxígeno al alimentar nuestro cuerpo y al aportar a nuestros tejidos la energía que necesitamos para sentirnos vivos y ocupados. El capítulo 16 documenta los efectos de esta práctica simple en todo el cuerpo.

Como la regulación emocional es el tema crítico a la hora de gestionar los efectos del trauma y del abandono, realmente se marcaría una gran diferencia si los profesores, los mandos del ejército, los padres de acogida y los profesionales de la salud mental aprendieran a fondo técnicas de regulación emocional. Ahora mismo, este es básicamente el ámbito de formación de maestros de preescolar y de guardería, que trabajan con cerebros inmaduros y comportamientos impulsivos a diario y que suelen ser expertos en su

manejo.[10]

Las tradiciones occidentales generalistas en la psiquiatría y la psicología han prestado escasa atención a la autogestión. A diferencia de la confianza occidental en los fármacos y las terapias verbales, otras tradiciones de todo el mundo se basan más en la conciencia, el movimiento, los ritmos y la acción. El yoga en la India, el taichí y el qigong en China y los sonidos rítmicos de los tambores en África son solo algunos ejemplos. Las culturas de Japón y de la península de Corea han generado las artes marciales, que se centran en cultivar el movimiento con un propósito y en centrarse en el presente, unas capacidades que las personas traumatizadas tienen alteradas. El aikido, el judo, el taekwondo y el jujitsu, así como la capoeira de Brasil, son algunos ejemplos. Todas estas técnicas implican movimiento físico, respiración y meditación. Aparte del yoga, pocas de estas tradiciones de sanación no occidentales populares han sido estudiadas sistemáticamente para el tratamiento del TEPT.

2. NO HAY MENTE SIN CONCIENCIA

En el centro de la recuperación se encuentra el autoconocimiento. Las frases más importantes en el tratamiento del trauma son «Observe que» y «¿Qué sucede después?». Las personas traumatizadas viven con unas sensaciones aparentemente insoportables: se sienten desgarradas y sufren unas sensaciones intolerables en la boca del estómago o una presión en el pecho. Sin embargo, evitar sentir estas sensaciones en nuestro cuerpo nos hace más vulnerables a quedar abrumados por ellas.

La conciencia corporal nos pone en contacto con nuestro mundo interior, el paisaje de nuestro organismo. Observar simplemente nuestro enfado, nuestro nerviosismo o ansiedad nos ayuda inmediatamente a cambiar nuestra perspectiva y nos abre nuevas opciones, distintas de las reacciones automáticas habituales. La conciencia nos pone en contacto con la naturaleza transitoria de nuestros sentimientos y percepciones. Cuando prestamos una atención centrada en nuestras sensaciones corporales, podemos reconocer los altibajos de nuestras emociones y, con ello, tener más control sobre ellas.

Las personas traumatizadas suelen tener miedo a sentir. Ahora, el enemigo no es tanto el autor de los hechos (que, con suerte, ya no estará cerca para volver a hacerles daño) sino sus propias sensaciones físicas. El miedo a

quedar secuestrados por unas sensaciones desagradables hace que el cuerpo se congele y la mente se apague. Aunque el pasado sea algo pasado, el cerebro emocional sigue generando sensaciones que hacen que la víctima se sienta asustada e impotente. No es sorprendente que tantos supervivientes de traumas coman y beban compulsivamente, tengan miedo a hacer el amor y eviten muchas actividades sociales: su mundo sensorial está en gran medida fuera de todo límite.

Para cambiar, debemos abrirnos a nuestra experiencia interior. El primer paso es permitir a nuestra mente centrarse en nuestras sensaciones y observar cómo, a diferencia de la experiencia atemporal y siempre presente del trauma, las sensaciones físicas son transitorias y responden a ligeros cambios en la posición corporal, cambios en la respiración y en el pensamiento. Cuando prestamos atención a nuestras sensaciones físicas, el siguiente paso es ponerles una etiqueta, como por ejemplo: «Cuando me siento nervioso, siento una sensación aplastante en el pecho». Entonces, suelo decir al paciente: «Céntrese en esta sensación y observe cómo cambia al espirar profundamente, o cuando se golpea el pecho justo por debajo de la clavícula, o cuando se permite a sí mismo llorar». Practicar la concienciación calma el sistema nervioso simpático, de manera que tenemos menos probabilidades de ir hacia la respuesta de luchar o huir.[11] Aprender a observar y a tolerar nuestras reacciones físicas es un prerrequisito para poder repasar el pasado de un modo seguro. Si no podemos tolerar lo que estamos sintiendo ahora mismo, abrir el pasado solo agravará el sufrimiento y nos traumatizará más.[12]

Podemos tolerar una gran cantidad de malestar siempre y cuando seamos conscientes de que las conmociones corporales cambian constantemente. En un momento, sentimos presión en el pecho, pero si respiramos profundamente y expulsamos todo el aire, esta sensación disminuye y puede que observemos otra cosa, quizás una tensión en el hombro. Ahora, podemos empezar a explorar lo que sucede cuando respiramos profundamente y notamos como el tórax se nos expande.[13] Cuando nos sentimos más tranquilos y más curiosos, podemos volver a la sensación en el hombro. No debemos sorprendernos si nos viene a la mente algún recuerdo espontáneo relacionado con ese hombro.

El siguiente paso es observar la interrelación entre nuestros pensamientos y las sensaciones físicas. ¿Cómo quedan registrados determinados pensamientos en nuestro cuerpo? (¿pensamientos como «Mi padre me ama» o «Mi novia me ha dejado» producen sensaciones diferentes?). Ser

conscientes de cómo nuestro cuerpo organiza emociones o recuerdos particulares nos permite liberar sensaciones e impulsos que bloqueamos antaño para poder sobrevivir.[14] En el capítulo 20, sobre los beneficios del teatro, describiré en mayor detalle cómo funciona.

Jon Kabat-Zinn, uno de los pioneros de la medicina basada en el cuerpo y en la mente, creó el programa de reducción del estrés basado en la concienciación (MBSR por sus siglas en inglés) en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts en 1979, y su método ha sido ampliamente estudiado durante más de tres décadas. Según su descripción de la concienciación, «Una forma de considerar este proceso de transformación es pensar en la concienciación como en una lente, que recoge las energías diseminadas y reactivas de nuestra mente y las centra en una fuente de energía coherente para la vida, para resolver problemas y para sanarnos».[15]

Se ha demostrado que la concienciación tiene un efecto positivo sobre varios síntomas psiquiátricos, psicosomáticos y relacionados con el estrés, incluyendo la depresión y el dolor crónico.[16] Tiene muchos efectos sobre la salud física, incluyendo mejoras en la respuesta inmunológica, la presión sanguínea y los niveles de cortisol.[17] También se ha demostrado que activa las regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional[18] y que induce cambios en las regiones relacionadas con la concienciación corporal y el miedo.[19] La investigación realizada por mis compañeros de Harvard Britta Hölzel y Sara Lazar ha demostrado que la práctica de la concienciación reduce incluso la actividad de detector de humos del cerebro, la amígdala, y por lo tanto reduce la reactividad ante potenciales detonantes.[20]

3. RELACIONES

Todos los estudios demuestran que tener una buena red de apoyo constituye la protección más poderosa contra quedar traumatizado. La seguridad y el terror son incompatibles. Cuando estamos aterrorizados, nada nos calma más que una voz tranquilizadora o el abrazo fuerte de alguien en quien confiamos. Los adultos atemorizados responden a los mismos consuelos que los niños aterrorizados: un abrazo y un balanceo dulces y la confianza de que alguien más grande y más fuerte se ocupa de todo, de manera que podemos dormirnos tranquilamente. Para recuperarse, la mente, el cuerpo y el cerebro deben estar convencidos de que relajarse es seguro. Esto solo sucede cuando

nos sentimos seguros a nivel visceral y cuando nos permitimos conectar con esta sensación de seguridad con los recuerdos de la impotencia pasada.

Tras un trauma agudo, como un asalto, un accidente o un desastre natural, los supervivientes necesitan la presencia de personas, rostros y voces familiares; de contacto físico; alimento; cobijo y un lugar seguro, y tiempo para dormir. Es crítico comunicarse con las personas queridas cercanas y lejanas y reunirse lo antes posible con familiares y amigos en un lugar que sea percibido como seguro. Nuestros vínculos de apego son nuestra mayor protección contra la amenaza. Por ejemplo, los niños que son separados de sus padres tras un acontecimiento traumático es probable que sufran graves efectos negativos a largo plazo. Los estudios realizados durante la II Guerra Mundial en Inglaterra mostraron que a los niños que vivían en Londres durante el bombardeo alemán de Londres y que fueron enviados al campo para protegerlos les fue mucho peor que a los niños que permanecieron con sus padres y tuvieron que pasar noches en los refugios aéreos y ver terribles imágenes de edificios destruidos y personas muertas.[21]

El ser humano traumatizado se recupera en un contexto de relaciones: con la familia, con las personas queridas, en reuniones de Alcohólicos Anónimos, en las organizaciones de veteranos, en las comunidades religiosas o con terapeutas profesionales. El papel de estas relaciones es proporcionar una seguridad física y emocional, incluyendo la seguridad de sentirse avergonzado, regañado o juzgado, así como reunir el coraje de tolerar, hacer frente y procesar la realidad de lo ocurrido.

Como hemos visto, gran parte de las conexiones de nuestros circuitos cerebrales se dedica a sintonizar con los demás. Superar un trauma significa (re)conectar con el resto de los seres humanos. Por ello, el trauma que ha ocurrido dentro de relaciones generalmente es más difícil de tratar que un trauma resultante de un accidente de tráfico o un desastre natural. En nuestra sociedad, los traumas más comunes entre mujeres y niños ocurren a manos de sus padres o de sus parejas. El maltrato infantil, los abusos y la violencia doméstica son infligidos por personas que se supone que deben amarnos. Esto elimina la protección más importante contra quedar traumatizado: tener el amparo de las personas que amamos.

Si las personas hacia las que nos orientamos naturalmente en busca de cuidado y protección nos aterrorizan o nos rechazan, aprendemos a desconectarnos y a ignorar lo que sentimos.[22] Como vimos en la parte 3, cuando nuestros cuidadores se vuelven en nuestra contra, debemos encontrar

formas alternativas de lidiar con el miedo, la ira o la frustración. Gestionar solos el terror produce otros problemas: disociación, desesperación, adicciones, una sensación crónica de pánico y relaciones marcadas por el aislamiento, la desconexión y las explosiones. Los pacientes con estos historiales raramente relacionan lo que les sucedió hace mucho tiempo con cómo se sienten y se comportan en el momento actual. Todo parece imposible de manejar.

El alivio solo les llega cuando son capaces de reconocer lo sucedido y reconocer los demonios invisibles con los que están luchando. Recordemos, por ejemplo, a los hombres que describí en el capítulo 11 que habían sufrido abusos por parte de sacerdotes pedófilos. Iban con regularidad al gimnasio, tomaban anabolizantes y eran fuertes como bueyes. Sin embargo, en sus entrevistas, a menudo actuaban como niños asustados; los niños interiores heridos seguían sintiéndose impotentes.

Aunque el contacto humano y la sintonización son fuente de autorregulación fisiológica, la promesa de cercanía a menudo evoca el miedo a ser heridos, traicionados y abandonados. La vergüenza juega un importante papel en esto: «Descubrirás lo despreciable y asqueroso que soy y me abandonarás en cuanto me conozcas realmente». El trauma no resuelto puede imponer un terrible peaje en las relaciones. Si seguimos con el corazón roto porque alguien a quien amamos nos ha atacado, seguramente nos preocupará que nos vuelvan a hacer daño y nos dará miedo abrirnos a algo nuevo. De hecho, puede que inconscientemente intentemos lastimar nosotros primero a los demás antes de que puedan lastimarnos ellos a nosotros.

Esto plantea un serio problema para la recuperación. Una vez que reconocemos que las reacciones postraumáticas surgieron como un intento de salvar nuestra vida, podemos reunir el coraje para hacer frente a nuestra música interior (o cacofonía), pero para hacerlo necesitaremos ayuda. Debemos encontrar a alguien en quien confiemos lo suficiente para que nos acompañe, alguien que pueda sostener firmemente nuestros sentimientos y nos ayude a escuchar los dolorosos mensajes de nuestro cerebro emocional. Necesitamos a un guía que no tenga miedo de nuestro terror y que pueda contener nuestra rabia más oscura, alguien que pueda salvaguardar nuestra integridad mientras exploramos las experiencias fragmentadas que hemos tenido que mantener en secreto para nosotros mismos durante tanto tiempo. La mayoría de las personas traumatizadas necesitan una buena ancla y mucho acompañamiento para hacer este trabajo.

Elegir a un terapeuta profesional

La formación de los terapeutas especializados en traumas incluye estudiar el impacto del trauma, de los malos tratos y del abandono, y dominar diversas técnicas que puedan ayudar a (1) estabilizar y calmar a los pacientes, (2) ayudar a poner fin a los recuerdos traumáticos y a las recreaciones, y (3) reconectar a los pacientes con las personas que les rodean. Lo ideal sería que el terapeuta también hubiera estado en el papel de receptor de todas las terapias que practique.

Aunque no es muy adecuado ni ético que los terapeutas nos cuenten los detalles de sus batallas personales, es perfectamente razonable preguntarles en qué tipos de terapia se han formado, dónde han aprendido sus aptitudes y si han seguido personalmente alguna de las terapias que nos ofrecen.

No hay un «tratamiento predilecto» para los traumas, y cualquier terapeuta que crea que su método particular es la única respuesta a nuestros problemas seguramente será más un ideólogo que una persona interesada en que estemos bien. Ningún terapeuta puede conocer todos los tratamientos efectivos, y deberá estar abierto a que exploremos otras opciones además de las que él o ella proponen. También deberá estar abierto a aprender de nosotros. El género, la raza y la historia personal solo son importantes si interfieren con que el paciente se sienta seguro y comprendido.

¿Nos sentimos básicamente cómodos con este terapeuta? ¿Parece sentirse bien consigo mismo y con nosotros como ser humano? Sentirnos seguros es una condición indispensable para poder enfrentarnos a nuestros miedos y ansiedades. Una persona severa, crítica, nerviosa o dura probablemente nos hará sentirnos asustados, abandonados y humillados, y esto no nos ayudará a resolver nuestro estrés traumático. En ocasiones, cuando se remueven antiguos sentimientos del pasado, podemos tener la sensación de que el terapeuta se parece a alguien que nos hizo daño o nos maltrató. Esto debe resolverse conjuntamente porque, por experiencia propia, los pacientes solo mejoran si desarrollan unos sentimientos profundos y positivos hacia su terapeuta. Tampoco creo que podamos crecer y cambiar sin notar que producimos algún efecto en la persona que nos está tratando.

La pregunta crucial es: «¿Sentimos que nuestro terapeuta tiene curiosidad por saber quiénes somos y qué necesitamos como personas, no como "pacientes de TEPT"?». ¿Somos simplemente una lista de síntomas en un cuestionario diagnóstico, o bien el terapeuta dedica el tiempo necesario a descubrir por qué hacemos lo que hacemos y pensamos lo que pensamos? La

terapia es un proceso colaborativo, una exploración mutua de uno mismo.

Los pacientes que han sido maltratados por sus cuidadores siendo niños a menudo no se sienten seguros con nadie. Suelo preguntar a mis pacientes si recuerdan a alguna persona con la que se sintieran seguros de pequeños. Muchos se aferran al recuerdo de ese maestro, vecino, tendero, entrenador o párroco que les mostró que se preocupaba por ellos, y este recuerdo suele ser la semilla del aprendizaje para volver a implicarse. Somos una especie esperanzada. Trabajar con el trauma consiste tanto en recordar cómo sobrevivimos como en recordar lo que está roto.

También pido a mis pacientes que se imaginen cómo eran al nacer, si eran adorables y estaban llenos de espíritu. Todos creen que sí lo eran, y tienen alguna imagen de cómo debían ser antes de que los hirieran.

Algunas personas no recuerdan a nadie con quien se sintieran seguras. Para ellos, relacionarse con caballos o con perros podría ser más seguro que tratar con seres humanos. Este principio se está aplicando actualmente en muchos entornos terapéuticos con grandes resultados, incluso en prisiones, en programas de tratamiento residenciales y en la rehabilitación con veteranos. Jennifer, miembro de la primera promoción del Centro Van der Kolk,[23] que llegó al programa con catorce años, muda y fuera de control, dijo durante su ceremonia de graduación que el hecho de que le confiaran la responsabilidad de cuidar a un caballo fue el primer paso crucial para ella. Su vínculo creciente con el caballo la ayudó a sentirse suficientemente segura para empezar a relacionarse con el personal del centro y luego a centrarse en las clases, hacer la selectividad y entrar en la universidad.[24]

4. RITMOS COMUNITARIOS Y SINCRONÍA

Desde que nacemos, nuestras relaciones están incrustadas en el rostro, los gestos y el tacto. Como vimos en el capítulo 7, son los cimientos del apego. El trauma genera la rotura de una sincronía física bien sintonizada: cuando entramos en la sala de espera de una clínica especializada en TEPT, inmediatamente podemos distinguir a los pacientes de los trabajadores por sus rostros congelados y sus cuerpos colapsados (y al mismo tiempo agitados). Desgraciadamente, muchos terapeutas ignoran esta comunicación física y se centran solo en las palabras con las que se comunican sus pacientes.

Conocí el poder sanador de la comunidad expresado en la música y en los ritmos en la primavera de 1997, siguiendo el trabajo de la Comisión de Verdad y Reconciliación de Sudáfrica. En algunos lugares que visitamos, seguía produciéndose una violencia terrible. Un día, participé en un grupo con supervivientes de violaciones en el patio de una clínica de un pueblo cerca de Johannesburgo. Se oía el sonido de los disparos a poca distancia, mientras el humo ondeaba sobre las paredes del complejo y el olor del gas lacrimógeno flotaba en el aire. Más tarde nos enteramos de que habían matado a cuarenta personas.

Sin embargo, aunque el entorno era desconocido y aterrador, reconocí perfectamente a ese grupo: las mujeres estaban hundidas en las sillas (tristes y paralizadas) como tantos grupos terapéuticos para víctimas de violación que había visto en Boston. Sentí una sensación familiar de impotencia y, rodeado por personas abatidas, me sentí yo también abatido mentalmente. Luego, una de las mujeres empezó a tararear, balanceándose suavemente hacia delante y hacia atrás. Poco a poco fue emergiendo un ritmo, y poco a poco las otras mujeres se unieron a la primera. Enseguida, todo el grupo estaba cantando, moviéndose, levantándose para bailar. Fue una transformación sorprendente: personas que volvían a la vida, con los rostros en sintonía, con el cuerpo revitalizado. Me prometí que aplicaría lo que estaba viendo allí y que estudiaría cómo el ritmo, el canto y el movimiento pueden ayudar a sanar el trauma.

Veremos más sobre esto en el capítulo 20, dedicado al teatro, en el que muestro cómo grupos de gente joven (entre ellos delincuentes juveniles y niños de acogida en riesgo) poco a poco aprenden a trabajar juntos y a depender unos de otros, ya sea como compañeros en juegos de espada shakespearianos o como escritores y actores de musicales. Varios pacientes me han contado que cantar en coros, el aikido, bailar tango o el kickboxing les ha ayudado, y yo estoy encantado de compartir sus recomendaciones con otras personas a las que trato.

Aprendí otra potente lección sobre el ritmo y la sanación cuando pidieron a varios médicos del Trauma Center que trataran a una niña muda de cinco años, Ying Mee, que había sido adoptada de un orfanato de China. Después de meses de intentos fallidos por establecer un contacto con ella, mis compañeros Deborah Rozelle y Liz Warner se dieron cuenta de que su sistema de interacción rítmica no funcionaba, no podía conectar con las voces y los rostros de las personas que tenía alrededor. Esto les condujo a la terapia

sensoriomotriz.[25]

La clínica de integración sensorial de Watertown (Massachusetts) es un maravilloso parque de juegos interior repleto de columpios, piscinas con bolas de goma de varios colores tan profundas que uno puede desaparecer, barras de equilibrio, espacios para trepar hechos con tubos de plásticos, y escaleras que llevan a plataformas desde las que se puede saltar sobre colchones rellenos de gomaespuma. El personal puso a Ying Mee en la piscina con bolas de plástico, que le ayudaron a notar sensaciones en la piel. Le ayudaron a columpiarse en el columpio y a gatear bajo mantas pesadas. Al cabo de seis semanas, algo cambió y empezó a hablar.[26]

La drástica mejora de Ying Mee nos inspiró para abrir una clínica de integración sensorial en el Trauma Center, que actualmente utilizamos en nuestros programas de tratamiento residenciales. Todavía no hemos explorado cómo funciona la integración sensorial con los adultos traumatizados, pero incorporo con regularidad experiencias de integración sensorial y el baile en mis seminarios.

Aprender a sincronizarse aporta a los padres (y a sus hijos) la experiencia visceral de la reciprocidad. La terapia de interacción padres-hijos (PCIT, por sus siglas en inglés) es una terapia interactiva que lo fomenta, así como el tratamiento para la regulación de la activación sensoriomotriz, SMART, desarrollado por mis compañeros del Trauma Center.[27]

Cuando jugamos juntos, nos sentimos físicamente sincronizados y sentimos una sensación de conexión y alegría. Los ejercicios de improvisación (como los que se pueden encontrar en http://learnimprov.com/) también son un modo fantástico de ayudar a la gente a conectar en la alegría y la exploración. En cuanto ves a un grupo de personas con el rostro serio ponerse a cantar una melodía, sabes que se ha roto el maleficio del sufrimiento.



Rembrandt van Rijn: Cristo sanando a un enfermo. Los gestos de consuelo son universalmente reconocibles y reflejan el poder sanador del tacto sincronizado.

5. ENTRAR EN CONTACTO

El tratamiento convencional de los traumas ha prestado escasa atención a ayudar a las personas aterrorizadas a experimentar de manera segura sus sensaciones y emociones. Cada vez más se utilizan medicaciones como Respiridol y Seroquel, inhibidores de la recaptación de serotonina, en lugar de ayudar a la gente a manejar su mundo sensorial.[28] Sin embargo, la manera más natural que tenemos los humanos de calmar nuestro malestar es siendo tocados, abrazados y mecidos. Esto ayuda a reducir la activación excesiva y nos hace sentir intactos, seguros, protegidos y bajo control.

El tacto, la herramienta más básica que tenemos para calmarnos, está proscrito de la mayoría de las prácticas terapéuticas. Sin embargo, no podemos recuperarnos por completo sin sentirnos seguros en nuestra piel. Por lo tanto, animo a todos mis pacientes a realizar algún tipo de trabajo corporal, ya sea masaje terapéutico, Feldenkrais o terapia craneosacral.

Le pregunté a mi entrenadora favorita, Licia Sky, sobre su experiencia con personas traumatizadas. Esto es parte de lo que me contó: «Nunca empiezo una sesión de trabajo corporal sin establecer una conexión personal. No les pido el historial, no intento descubrir lo traumatizados que están o lo que les ha sucedido. Compruebo dónde están a nivel corporal en este momento. Les pregunto si hay algo a lo que quieren que preste atención. Mientras tanto, valoro su postura, si me miran a los ojos, lo tensos o relajados que parecen estar, si conectan conmigo o no.

»La primera decisión que tomo es si se sentirán más seguros boca arriba o boca abajo. Si no los conozco, suelo empezar boca arriba. Presto mucha atención a las fundas de la camilla, para que se sientan cómodos con todo aquello que decidan dejarse puesto. Son límites importantes que hay que poner desde el principio.

»Luego, la primera vez que los toco, establezco un contacto firme y seguro. Nada forzado o seco, ni demasiado rápido. El tacto es lento, fácil de seguir por el cliente, ligeramente rítmico. Puede ser tan fuerte como un apretón de manos. El primer lugar que suelo tocar es la mano y el antebrazo, porque es el lugar más seguro en el que tocar a alguien, el lugar donde ellos pueden tocarte también a ti.

»Debes encontrar su punto de resistencia (el lugar que tiene más tensión) y encontrarlo con una cantidad de energía similar. Esto libera la tensión congelada. No puedes dudar; la duda comunica una falta de confianza en ti mismo. El movimiento lento, la sincronización minuciosa con el cliente, es distinto a la duda. Debemos recibirlos con mucha confianza y empatía, dejando que la presión de nuestro contacto encaje con la tensión que contienen en su cuerpo».

¿Cuáles son los beneficios del trabajo corporal para las personas? Licia responde: «Igual que podemos estar sedientos de agua, podemos estar sedientos de contacto. Que te toquen con confianza, de forma profunda, firme, amable y responsable es reconfortante. El tacto consciente y el movimiento conectan a la gente con la tierra y le permiten descubrir tensiones que quizás tiene desde hace tiempo de las que ya no es consciente. Cuando nos tocan, despertamos la parte del cuerpo que está siendo tocada.

»El cuerpo se restringe físicamente cuando siente emociones dentro. Los hombros se nos tensan, igual que los músculos faciales. Gastamos mucha energía en retener las lágrimas (o cualquier sonido o movimiento que delate nuestro estado interior). Cuando se libera la tensión física, pueden liberarse

los sentimientos. El movimiento ayuda a que la respiración sea más profunda y, al liberar las tensiones, se pueden descargar sonidos expresivos. El cuerpo se vuelve más libre, respirando más libremente, fluyendo. El tacto permite vivir en un cuerpo que puede moverse como respuesta a ser movido.

»Las personas aterrorizadas necesitan percibir dónde está su cuerpo en el espacio y dónde están sus límites. El contacto firme y tranquilizador les permite saber dónde están esos límites en el exterior, dónde termina su cuerpo. Descubren que no deben preguntarse constantemente quiénes son y dónde están. Descubren que su cuerpo es sólido y que no deben permanecer constantemente en guardia. El contacto les permite saber que están seguros».

6. ACTUAR

El cuerpo responde a las experiencias extremas secretando hormonas del estrés, que suelen considerarse las culpables de las consiguientes enfermedades y patologías. Sin embargo, se supone que las hormonas del estrés nos aportan la fuerza y la resistencia para responder ante condiciones extraordinarias. Las personas que *hacen* activamente algo para hacer frente a un desastre (rescatar a personas queridas o a extraños, transportar a alguien al hospital, formar parte de un equipo médico, montar tiendas de campaña o cocinar) usan sus hormonas del estrés para su propio propósito y por consiguiente corren mucho menos riesgo de quedar traumatizados (sin embargo, todos tenemos nuestro punto de quiebre, e incluso la persona mejor preparada puede quedar abrumada ante la magnitud de un reto).

La impotencia y la paralización impiden que la gente use sus hormonas del estrés para defenderse. Cuando esto sucede, se siguen bombardeando hormonas, pero las acciones que se supone que deben alimentar están frustradas. A la larga, los patrones de activación que se suponía que debían promover el manejo se vuelven contra el organismo y alimentan unas respuestas de lucha/huida y paralización inadecuadas. Para recuperar el funcionamiento normal, esta respuesta de emergencia persistente debe llegar a su fin. El cuerpo necesita volver a un estado basal de seguridad y relajación desde el que se pueda movilizar para actuar en respuesta a un peligro real.

Mis amigos y maestros Pat Ogden y Peter Levine han desarrollado potentes terapias corporales, una psicoterapia sensoriomotriz[29] y la experimentación somática[30] para tratar esta cuestión. En estos enfoques

terapéuticos, la historia de lo que ha sucedido se deja en segundo plano y se da paso a la exploración de las sensaciones físicas y al descubrimiento de dónde se encuentran y cómo son las huellas del trauma pasado en el cuerpo. Antes de someterse a una exploración completa del propio trauma, se ayuda a los pacientes a reforzar los recursos internos que facilitan un acceso seguro a las sensaciones y emociones que en el momento del trauma los abrumaron. Peter Levine llama a este proceso *pendulación* (entrar y salir cuidadosamente de las sensaciones internas y de los recuerdos traumáticos). De este modo, se ayuda a los pacientes a expandir gradualmente su ventana de tolerancia.

Una vez que los pacientes pueden tolerar ser conscientes de sus experiencias físicas basadas en el trauma, es probable que descubran unos potentes impulsos físicos (como pegar, empujar o correr) que surgieron durante el trauma pero que fueron reprimidos para sobrevivir. Estos impulsos se manifiestan en sutiles movimientos corporales como retorcerse, girarse o alejarse. Amplificar estos movimientos y experimentar con maneras de modificarlos empieza el proceso de completar las «tendencias a la acción» incompletas y relacionadas con el trauma, y a la larga puede llevar a su resolución. Las terapias somáticas pueden ayudar a los pacientes a resituarse en el presente experimentando que moverse es seguro. Sentir el placer de realizar acciones efectivas restaura una sensación de agencia y de ser capaces de defendernos y protegernos.

En 1893, Pierre Janet, el primer gran explorador del trauma, escribió sobre «el placer de la acción completada», y yo observo regularmente este placer cuando practico la psicoterapia sensoriomotriz y la experienciación somática: cuando los pacientes pueden experimentar físicamente cómo habría sido luchar o escaparse, se relajan, sonríen y expresan una sensación de completitud.

Cuando la gente se ve forzada a someterse a un poder aplastante, como en el caso de la mayoría de los niños víctimas de abuso, de las mujeres atrapadas en la violencia doméstica y los hombres y mujeres encarcelados, suelen sobrevivir con una conformidad resignada. La mejor manera de superar los patrones de sumisión incrustados es restaurando la capacidad física de actuar y defenderse. Una de mis formas corporales favoritas para construir respuestas de lucha/huida efectivas es el programa de simulación de asaltos de nuestro centro, en el que se enseña a mujeres (y cada vez a más hombres) a defenderse luchando activamente mediante ataques simulados.[31] El programa empezó en Oakland (California) en 1971, después de que una

mujer cinturón negro de karate fuera violada. Al preguntarse cómo había podido suceder aquello a una persona que supuestamente podía matar a otra con sus propias manos, sus amigos llegaron a la conclusión de que el miedo la había despojado de sus habilidades. En los términos de este libro, sus funciones ejecutivas (sus lóbulos frontales) se desconectaron, y se quedó paralizada. El programa de simulación de ataques enseña a las mujeres a recondicionar la respuesta de paralización a través de varias repeticiones de estar situadas en la «zona cero» (término militar para indicar el momento preciso de un ataque) y aprendiendo a transformar el miedo en una energía de lucha positiva.

Una de mis pacientes, una estudiante universitaria con un historial de abusos infantiles constantes, hizo el curso. Cuando la conocí, estaba colapsada y abrumada, y era excesivamente dócil. Al cabo de tres meses, durante su ceremonia de graduación, pudo defenderse con éxito de un atacante gigantesco que terminó arrastrado por el suelo (protegido de sus golpes con un traje protector) mientras ella le miraba, con los brazos en alto en una posición de karate, tranquilamente y gritando con claridad «no».

No mucho tiempo después, ella iba a casa desde la biblioteca a medianoche cuando tres hombres salieron de unos arbustos gritando: «Zorra, danos el dinero». Después, me contó que adoptó la misma postura de karate y les gritó: «Muy bien, tíos, estaba esperando que llegara este momento. ¿Quién quiere ser el primero?». Salieron corriendo. Si nos quedamos encorvados demasiado asustados para levantar la mirada, somos una presa fácil para el sadismo de personas así, pero cuando vamos por la calle proyectando el mensaje «No te metas conmigo» es poco probable que nos molesten.

INTEGRAR LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

Las personas no podemos dejar los acontecimientos traumáticos atrás hasta que reconocemos lo sucedido y empezamos a darnos cuenta de los demonios invisibles con los que luchamos. La psicoterapia tradicional se ha centrado básicamente en construir una narrativa que explique por qué una persona se siente de un modo particular o, como Sigmund Freud dijo en 1914 en *Remembering, Repeating and Working Through*:[32] «Mientras el paciente vive [el trauma] como algo real y actual, debemos realizar la tarea terapéutica, que consiste básicamente en traducirlo de nuevo en términos del pasado». Contar

la historia es importante; sin historias, la memoria se congela, y sin memoria no podemos imaginar cómo las cosas pueden ser diferentes. Pero como vimos en la parte 4, contar una historia sobre el acontecimiento no garantiza que los recuerdos traumáticos lleguen a su fin.

Hay una razón para ello. Cuando las personas recuerdan un acontecimiento ordinario, no reviven también las sensaciones físicas, las emociones, imágenes, olores o sonidos asociados con ese acontecimiento. En cambio, cuando la gente recuerda completamente su trauma, «siente» la experiencia, queda sepultada por los elementos sensoriales o emocionales del pasado. Los escáneres cerebrales de Stan y Ute Lawrence, las víctimas del accidente descrito en el capítulo 4, muestran cómo sucede esto. Cuando Stan recordaba su horrible accidente, dos áreas clave de su cerebro se pusieron blancas: el área de la percepción del tiempo y la perspectiva, que nos permite saber que «eso fue entonces, pero ahora estoy seguro», y otra área que integra las imágenes, los sonidos y las sensaciones del trauma en una historia coherente. Cuando estas partes del cerebro se desactivan, experimentamos las cosas no como acontecimientos con un inicio, un desarrollo y un final, sino como fragmentos de sensaciones, imágenes y emociones.

Un trauma solo se puede procesar bien si todas estas estructuras cerebrales se mantienen en línea. En el caso de Stan, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) le permitió acceder a sus recuerdos del accidente sin que le abrumaran. Cuando las áreas cerebrales cuya ausencia es responsable de los *flashbacks* pueden mantenerse conectadas mientras se recuerda lo sucedido, las personas son capaces de integrar sus recuerdos traumáticos como algo perteneciente al pasado.

La disociación de Ute (que, como recordará, quedó completamente desconectada) complicó su recuperación de un modo distinto. Ninguna de las estructuras cerebrales necesarias para actuar en el presente estaba en línea, de modo que manejar el trauma le era simplemente imposible. Sin un cerebro que esté alerta y presente, no puede haber integración ni resolución. Necesitaba que le ayudaran a ampliar su ventana de tolerancia antes de poder manejar sus síntomas de TEPT.

La hipnosis era el tratamiento más practicado para el trauma desde principios del siglo xix, la época de Pierre Janet y Sigmund Freud, hasta después de la II Guerra Mundial. En YouTube aún se puede ver el documental *Let There Be Light*, del gran director de Hollywood John Huston, que muestra a varios hombres que son hipnotizados para tratar su «neurosis

de guerra». La hipnosis cayó en desuso a principios del siglo XX, y no ha habido estudios recientes de su efectividad para el tratamiento del TEPT. Sin embargo, la hipnosis puede inducir un estado de calma relativa desde el cual los pacientes pueden observar sus experiencias traumáticas sin quedar abrumados por ellas. Como la capacidad para observarse a sí mismo es un factor crítico para la integración de los recuerdos traumáticos, es posible que la hipnosis, en cierto modo, emerja de nuevo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

Durante su formación, la mayoría de los psicólogos estudian la terapia cognitivo-conductual. La TCC se desarrolló originalmente para tratar fobias como el miedo a las arañas, a los aviones o a las alturas, para ayudar a los pacientes a comparar sus miedos irracionales con unas realidades inofensivas. Los pacientes se van desensibilizando progresivamente de sus miedos irracionales pensando en lo que les da más miedo, usando su narrativa y sus imágenes («exposición a través de imágenes»), o se los coloca en situaciones que les provocan ansiedad pero que en realidad son seguras («exposición *in vivo*»), o se les expone a una realidad virtual, a unas escenas simuladas por ordenador, por ejemplo, en el caso del TEPT relacionado con la guerra, a luchar en las calles de Fallujah.

La idea que subyace tras el tratamiento cognitivo-conductual es que cuando los pacientes se ven repetidamente expuestos al estímulo sin que suceda nada malo, poco a poco se muestran menos alterados; los malos recuerdos se acaban asociando con la información «correctiva» de estar seguros.[33] La TCC también intenta ayudar a los pacientes a manejar su tendencia a la evitación, como cuando dicen «No quiero hablar de ello».[34] Parece simple, pero, como hemos visto, revivir el trauma reactiva el sistema de alarma del cerebro y desactiva las áreas cerebrales críticas necesarias para integrar el pasado, con lo cual es probable que los pacientes revivan el trauma en lugar de resolverlo.

La exposición prolongada o la «inundación» se ha estudiado más minuciosamente que cualquier otro tratamiento del TEPT. Se pide a los pacientes que «centren su atención en el material traumático y que no se distraigan con otros pensamientos o actividades».[35] La investigación ha demostrado que son necesarios hasta cien minutos de inundación (en los que los detonantes de la ansiedad se presentan de un modo intenso y sostenido)

antes de que se observe una reducción de la ansiedad.[36] La exposición en ocasiones ayuda a manejar el miedo y la ansiedad, pero no se ha demostrado que ayude con la culpa u otras emociones complejas.[37]

A diferencia de sus resultados con los miedos irracionales como las arañas, la TCC no se ha mostrado tan eficaz con las personas traumatizadas, especialmente las que tienen historiales de abuso infantil. Solo uno de cada tres participantes con TEPT que terminan los estudios muestra cierta mejora.[38] Los que terminan el tratamiento con TCC suelen tener menos síntomas de TEPT, pero raramente se recuperan por completo. La mayoría sigue teniendo problemas sustanciales de salud, trabajo o de bienestar mental.[39]

En el mayor estudio publicado de TCC para el TEPT, más de un tercio de los pacientes lo abandonó; el resto tuvo un número significativo de reacciones adversas. La mayoría de las mujeres del estudio seguían sufriendo TEPT en su estado más avanzado después de tres meses en el estudio, y solo un 15 % ya no presentó síntomas de TEPT.[40] Un análisis detallado de todos los estudios científicos de la TCC muestra que funciona más o menos igual de bien que el hecho de tener una relación terapéutica comprensiva.[41] El peor resultado en los tratamientos de exposición ocurre en los pacientes que sufren «derrota mental»; es decir, los que se han rendido.[42]

Estar traumatizado no es simplemente cuestión de permanecer atascado en el pasado, es también un problema de no estar totalmente vivo en el presente. Una forma de tratamiento por exposición es la terapia basada en la realidad virtual en la que los veteranos llevan unas gafas de alta tecnología que les permiten revivir en todo detalle la batalla de Fallujah. Por lo que yo sé, los Marines de Estados Unidos obtuvieron buenos resultados en la batalla. El problema es que no pueden tolerar estar en casa. Estudios recientes de veteranos de guerra australianos muestran que tienen el cerebro reprogramado para estar siempre alerta ante emergencias, a expensas de centrarse en los pequeños detalles del día a día[43] (lo veremos más en detalle en el capítulo 19 sobre el neurofeedback). Más que una terapia basada en la realidad virtual, los pacientes traumatizados necesitan una terapia basada en el «mundo real», que les ayude a sentirse igual de vivos yendo al supermercado de su barrio o jugando con sus hijos que cuando se encontraban en las calles de Bagdad.

Revivir el trauma puede ser beneficioso para los pacientes solo si no les abruma. Un buen ejemplo es un estudio sobre veteranos de Vietnam realizado

a principios de los años noventa por mi compañero Roger Pitman.[44] Visité el laboratorio de Roger cada semana durante ese periodo, porque estábamos realizando el estudio sobre opiáceos en el cerebro en el marco del TEPT que he descrito en el capítulo 2. Roger me enseñaba los vídeos de sus sesiones de tratamiento y luego comentábamos lo que observábamos. Él y sus compañeros animaban a los veteranos a hablar repetidamente de todos los detalles de sus experiencias en Vietnam, pero los investigadores tuvieron que interrumpir el estudio porque muchos pacientes sufrían ataques de pánico debidos a los *flashbacks*, y el temor solía permanecer tras las sesiones. Algunos no regresaron nunca, mientras que muchos de los que permanecieron en el estudio se volvieron más deprimidos, violentos y temerosos; algunos manejaron la agravación de sus síntomas consumiendo más alcohol, lo cual provocaba más violencia y humillación, teniendo algunas de sus familias que llamar a la policía para que los llevara al hospital.

DESENSIBILIZACIÓN

En las dos últimas décadas, el principal tratamiento enseñado a los estudiantes de Psicología ha sido una especie de desensibilización sistemática: ayudar a los pacientes a reaccionar menos ante ciertas emociones y sensaciones. Pero, ¿es este el objetivo correcto? Quizás el tema no sea la desensibilización sino la integración: poner el acontecimiento traumático en el lugar adecuado en todo el arco de la vida de las personas.

La desensibilización me hace pensar en el niño (debía de tener unos cinco años) que vi hace poco delante de mi casa. Su corpulento padre le estaba gritando a pleno pulmón mientras él bajaba en triciclo por mi calle. El niño estaba impávido, mientras mi corazón se aceleraba y yo sentía el impulso de tumbar a ese tipo de un puñetazo. ¿Cuánta brutalidad habría hecho falta para insensibilizar a un niño de esa edad de la brutalidad de su padre? Su indiferencia hacia los gritos de su padre debía de ser el resultado de una exposición prolongada, pero me preguntaba, ¿a qué precio? Sí, podemos tomar fármacos que mitiguen nuestras emociones y podemos aprender a desensibilizarnos. En la facultad de medicina, aprendimos a ser analíticos cuando teníamos que tratar a niños con quemaduras de tercer grado. Pero, como ha demostrado el neurocientífico Jean Decety de la Universidad de Chicago, la desensibilización hacia nuestro dolor o el dolor de otra gente suele dar como resultado la debilitación global de nuestra sensibilidad

emocional.[45]

Un informe sobre 49.425 veteranos con TEPT recientemente diagnosticados procedentes de las guerras de Irak y Afganistán tratados en la VA mostró que menos de uno de cada diez terminó realmente el tratamiento recomendado.[46] Como en el caso de los veteranos de Vietnam de Pitman, el tratamiento por exposición, como se practica actualmente, pocas veces funciona con ellos. Solo podemos «procesar» experiencias horrendas si no nos abruman. Y esto significa que son necesarios otros enfoques.

¿FÁRMACOS PARA ACCEDER DE FORMA SEGURA AL TRAUMA?

Mientras estudiaba Medicina, pasé el verano de 1966 trabajando para Jan Bastiaans, un profesor de la Universidad de Leiden (Países Bajos), conocido por su trabajo tratando a supervivientes del Holocausto con LSD. Afirmaba haber logrado unos resultados espectaculares, pero cuando algunos compañeros examinaron sus archivos, encontraron pocos datos que confirmaran sus afirmaciones. El potencial de las sustancias que alteran la mente para tratar el trauma fue desestimado consiguientemente hasta el año 2000, cuando Michael Mithoefer y sus compañeros de Carolina del Sur recibieron la autorización de la FDA (Administración Federal de Medicamentos por sus siglas en inglés) para realizar un experimento con MDMA (éxtasis). El MDMA se clasificó como sustancia controlada en 1985 después de haberse usado durante años como droga recreativa. Como con el Prozac y otros agentes psicotrópicos, no sabemos exactamente cómo funciona el MDMA, pero se sabe que aumenta las concentraciones de un número de hormonas importantes incluyendo la oxitocina, la vasopresina, el cortisol y la prolactina.[47] Lo más relevante para el tratamiento del trauma es que aumenta la conciencia sobre uno mismo; la gente suele indicar una sensación potenciada de energía compasiva, acompañada de curiosidad, claridad, confianza, creatividad y conexión. Mithoefer y sus compañeros estaban buscando una medicación que mejorara la eficacia de la psicoterapia, y se interesaron en el MDMA porque reduce el miedo, la actitud defensiva y la insensibilización, y porque ayuda a acceder a la experiencia interior.[48] Pensaron que el MDMA podría permitir a los pacientes permanecer dentro de la ventana de tolerancia para poder así repasar sus recuerdos traumáticos sin sufrir una activación fisiológica y emocional abrumadora.

Los estudios piloto iniciales confirmaron estas expectativas.[49] El primer estudio, con veteranos de guerra, bomberos y policías con TEPT, presentó resultados positivos. En el siguiente estudio, de un grupo de veinte víctimas de ataques que no habían respondido a terapias anteriores, a doce se les administró MDMA y a ocho un placebo inactivo. Después, sentados o echados en una sala cómoda, todos tuvieron sesiones de psicoterapia de ocho horas, principalmente con terapia basada en los sistemas familiares internos (SFI), objeto del capítulo 17 de este libro. Dos meses después, el 83 % de los pacientes que tomaron MDMA más la psicoterapia se consideró completamente curado, en comparación con el 25 % del grupo placebo. Ninguno de los pacientes tuvo efectos secundarios. Quizás lo más interesante sea que cuando se entrevistó a los participantes al cabo de más de un año después del estudio, las mejoras se mantenían.

Al ser capaces de observar el trauma desde un estado tranquilo y consciente, que la terapia de los SFI llama *Yo* (término que describiré con mayor detalle en el capítulo 17), la mente y el cerebro están en disposición de integrar el trauma en el tejido global de la vida. Esto es muy diferente de las técnicas de desensibilización tradicionales, que consisten en mitigar la respuesta de la persona ante los horrores del pasado. Esto consiste en asociar e integrar, en convertir un acontecimiento horrible que nos abrumó en el pasado en un recuerdo de algo que sucedió hace mucho tiempo.

Sin embargo, las sustancias psicodélicas son potentes agentes con una historia convulsa. Pueden fácilmente ser objeto de mal uso si se administran con poco cuidado y si no se mantienen los límites terapéuticos. Esperemos que el MDMA no sea otra cura mágica sacada de la caja de Pandora.

¿Y LAS MEDICACIONES?

La gente siempre ha recurrido a las drogas para manejar el estrés traumático. Cada cultura y cada generación tienen sus preferencias (ginebra, vodka, cerveza o whisky; hachís, marihuana, cannabis o maría; cocaína, opiáceos como la oxicontina; tranquilizantes como Valium, Xanax y Klonopin. Cuando la gente está desesperada, hace cualquier cosa para sentirse más tranquila y mantener más el control.[50]

La psiquiatría convencional sigue esta tradición. En la última década, los Departamentos de Defensa y de los Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos han gastado conjuntamente más de 4500 millones de dólares

americanos en antidepresivos, antipsicóticos y fármacos contra la ansiedad. Un informe interno de junio de 2010 del Centro Farmacoeconómico del Departamento de Defensa de Fort Sam Houston en San Antonio (Estados Unidos) mostró que 213.972 (o el 20 % del 1,1 millones de tropas en activo encuestadas) estaban tomando algún tipo de psicotrópico (antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos sedantes u otras sustancias controladas).[51]

Sin embargo, los fármacos no pueden «curar» el trauma; solo pueden reducir las expresiones de una fisiología alterada. Y tampoco enseñan las lecciones duraderas de la autorregulación. Pueden ayudar a controlar los sentimientos y el comportamiento, pero siempre pagando un precio, porque funcionan bloqueando los sistemas químicos que regulan la activación, la motivación, el dolor y el placer. Algunos de mis compañeros son optimistas: sigo asistiendo a conferencias en que científicos serios debaten sobre su búsqueda del escurridizo santo remedio que reconfigure milagrosamente los circuitos cerebrales del miedo (como si el estrés traumático solo afectara a un circuito cerebral). Yo también receto medicamentos con regularidad.

Casi todos los grupos de agentes psicotrópicos se han usado para tratar algún aspecto del TEPT.[52] Los inhibidores de la recaptación de serotonina, como el Prozac, Zoloft, Effexor y Paxil se han estudiado minuciosamente, y pueden hacer que los sentimientos sean menos intensos y más manejables. Los pacientes que toman ISRS suelen sentirse más tranquilos y que tienen más control; sentirse menos abrumado a menudo facilita el seguimiento de una terapia. Otros pacientes se sienten debilitados con los ISRS, sienten que «pierden su agudeza». Yo lo considero como una cuestión empírica: veamos qué funciona, y el paciente es el único que puede juzgarlo. Por otro lado, si un ISRS no funciona, vale la pena probar con otro, porque todos tienen efectos ligeramente distintos. Es interesante notar que los ISRS se utilizan ampliamente para tratar la depresión, pero en un estudio en el que comparamos el Prozac con la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en pacientes con TEPT, muchos de los cuales también presentaban depresión, la técnica EMDR resultó ser un antidepresivo más efectivo que el Prozac.[53] Retomaré este tema en el capítulo 15.[54]

Los fármacos que actúan en el sistema nervioso autónomo, como el propranolol o la clonidina, pueden ayudar a reducir la hiperactivación y la reactividad al estrés.[55] Esta familia de fármacos funciona bloqueando los efectos físicos de la adrenalina, el combustible de la activación, reduciendo por consiguiente las pesadillas, el insomnio y la reactividad ante los

desencadenantes del trauma.[56] Bloquear la adrenalina puede ayudar a mantener en línea el cerebro racional y a posibilitar las decisiones. «¿Es realmente lo que quiero hacer?». Desde que empecé a integrar la concienciación y el yoga en mi consulta, uso cada vez menos estos fármacos, salvo ocasionalmente para ayudar a los pacientes a dormir mejor.

A los pacientes traumatizados suelen gustarles los tranquilizantes, las benzodiacepinas como Klonopin, Valium, Xanax y Ativan. En cierta forma, actúan como el alcohol, en el sentido de que hacen que la gente se sienta tranquila y deje de preocuparse (a los dueños de los casinos les encantan los clientes que toman benzodiacepinas porque no se preocupan cuando pierden y siguen jugando). Pero del mismo modo que el alcohol, las benzodiacepinas nos inhiben menos de decir cosas dañinas a las personas que amamos. Muchos médicos civiles son reticentes a recetar estos fármacos porque tienen un alto potencial adictivo y también pueden interferir con el procesamiento del trauma. Los pacientes que dejan de tomarlos después de un consumo prolongado suelen tener reacciones de abstinencia que aumentan su agitación y los síntomas postraumáticos.

En ocasiones, receto a mis pacientes bajas dosis de benzodiacepinas para que las usen según necesiten, pero no suficientes para tomarlas a diario. Deben decidir cuándo usar su precioso suministro, y les pido que anoten en un diario qué estaba sucediendo cuando decidieron tomarse la pastilla. Esto nos permite comentar los incidentes detonantes concretos.

Algunos estudios han demostrado que los anticonvulsivos y los estabilizadores del estado de ánimo, como el litio o valproato, pueden tener ligeros efectos positivos, reduciendo la hiperactivación y el pánico.[57] Las medicaciones más controvertidas son los agentes antipsicóticos llamados de segunda generación, como Risperdal y Seroquel, los fármacos psiquiátricos que más se venden en Estados Unidos (14.600 millones en 2008). Estos agentes, a bajas dosis, pueden ayudar a calmar a los veteranos de guerra y a las mujeres con un TEPT relacionado con el abuso infantil.[58] El uso de estos fármacos en ocasiones está justificado, por ejemplo cuando los pacientes se sienten completamente descontrolados y son incapaces de dormir, o cuando los otros métodos no han funcionado.[59] Pero es importante recordar que estas medicaciones funcionan bloqueando el sistema de dopamina, el sistema de recompensa del cerebro, que también funciona como motor del placer y de la motivación.

Los antipsicóticos como Risperdal, Abilify o Seroquel pueden mitigar

significativamente el cerebro emocional y hacer así que los pacientes se sientan menos asustadizos o enfadados, pero también pueden interferir con su capacidad de apreciar sutiles señales de placer, peligro o satisfacción. Además pueden provocar aumento de peso, aumentar las posibilidades de desarrollar diabetes, hacer que los pacientes se sientan inactivos físicamente, lo cual es posible que también aumente su sensación de aislamiento. Estos fármacos se usan mucho para tratar a niños maltratados mal diagnosticados con trastorno bipolar o trastorno de desregulación del estado de ánimo. Más de medio millón de niños y adolescentes en Estados Unidos toman antipsicóticos, lo cual puede calmarlos pero también interferir con el aprendizaje de aptitudes adecuadas a su edad y el desarrollo de amistades con otros niños.[60] Un estudio de la Universidad de Columbia ha descubierto recientemente que las recetas de antipsicóticos para niños de dos a cinco años que disponen de seguros médicos privados se han duplicado entre los años 2000 y 2007.[61] Solo el 40 % de ellos había sido objeto de una evaluación mental adecuada.

Hasta que perdió su patente, la compañía farmacéutica Johnson & Johnson distribuía bloques de LEGO con la palabra «Risperdal» estampada para las salas de espera de los psiquiatras infantiles. Los niños de familias con bajos ingresos tienen cuatro veces más posibilidades que los niños con seguros privados de tomar antipsicóticos. En solo un año, Texas Medicaid gastó 96 millones de dólares en antipsicóticos para adolescentes y niños, incluyendo a tres bebés no identificados a los que se administraron los fármacos antes de su primer aniversario.[62] No se han realizado estudios sobre los efectos de los psicotrópicos en el desarrollo cerebral. La disociación, la automutilación, los recuerdos fragmentados y la amnesia generalmente no responden a ninguna de estas medicaciones.

El estudio con Prozac que comenté en el capítulo 2 fue el primero que descubrió que los civiles traumatizados suelen responder mucho mejor a las medicaciones que los veteranos de guerra.[63] Desde entonces, otros estudios han descubierto diferencias similares. En este sentido, es preocupante que el Departamento de Defensa y de Asuntos de los Veteranos recete enormes cantidades de medicamentos a los soldados de guerra y a los veteranos que regresan, a menudo sin darles otro tipo de terapia. Entre 2001 y 2011, el Departamento de Asuntos de los Veteranos gastó aproximadamente 1500 millones de dólares americanos en Seroquel y Risperdal, mientras que el de Defensa se gastó aproximadamente 90 millones en el mismo periodo, aunque

un artículo publicado en 2001 mostrara que el Risperdal no era más efectivo que el placebo en el tratamiento del TEPT.[64] Asimismo, entre 2001 y 2012, el Departamento de Asuntos de Veteranos se gastó 72,1 millones de dólares y el de Defensa 44,1 millones en benzodiacepinas,[65] unos fármacos que los médicos generalmente evitan recetar a civiles con TEPT por su potencial adictivo y ausencia de efectividad significativa para los síntomas de TEPT.

EL CAMINO HACIA LA RECUPERACIÓN ES EL CAMINO HACIA LA VIDA

En el primer capítulo de este libro presenté a un paciente llamado Bill al que conocí hace más de treinta años en la clínica VA. Bill se convirtió en uno de mis pacientes-maestros de larga duración, y nuestra relación es también la historia de mi evolución en el tratamiento del trauma.

Bill sirvió como médico en Vietnam de 1967 a 1971 y, desde su regreso, intentó usar lo que aprendió en el Ejército trabajando en una unidad de quemados en un hospital local. El trabajo le tenía hecho polvo, explosivo y al límite, pero no tenía ni idea de que esos problemas estuvieran relacionados con lo que había vivido en Vietnam. Al fin y al cabo, el diagnóstico de TEPT todavía no existía, y los irlandeses de clase media que vivían en Boston no iban al psicólogo. Sus pesadillas y el insomnio disminuyeron un poco cuando dejó de ejercer y entró en un seminario para convertirse en pastor. No buscó ayuda hasta el nacimiento de su primogénito en 1978.

Los lloros del bebé le provocaban constantes *flashbacks*, en los que veía, escuchaba y olía a niños quemados y mutilados en Vietnam. Estaba tan fuera de control que algunos de mis compañeros de la clínica de la VA querían hospitalizarle para tratarle lo que creían que era una psicosis. Sin embargo, cuando empezamos a trabajar juntos y él empezó a sentirse seguro conmigo, progresivamente me fue contando lo que vio en Vietnam, y lentamente empezó a tolerar sus sentimientos sin que le abrumaran. Esto le ayudó a volverse a centrar en su familia y a terminar su formación como pastor. Dos años después, se había convertido en pastor y tenía su propia parroquia, y sentimos que habíamos terminado nuestro trabajo.

No tuve más contacto con Bill hasta que me llamó dieciocho años después de haberle conocido. Estaba sufriendo exactamente los mismos síntomas (*flashbacks*, terribles pesadillas, la sensación de estar volviéndose loco) que tuvo justo después del nacimiento de su hijo. Ese hijo acababa de

cumplir dieciocho años, y Bill le había acompañado al registro para alistarle al servicio militar, en la misma base desde la que Bill fue enviado a Vietnam. Por aquel entonces, yo sabía mucho más sobre cómo tratar el estrés postraumático, y Bill y yo trabajamos con los recuerdos concretos de lo que había visto, escuchado y olido en Vietnam, detalles que tenía demasiado miedo de recordar la primera vez que nos conocimos. Ahora podíamos integrar esos recuerdos con la EMDR, para que se convirtieran en historias de lo que había sucedido hacía mucho tiempo en lugar de una transferencia directa al infierno de Vietnam. Una vez que se sintió más tranquilo, quiso abordar su infancia: su cruel educación y su culpabilidad por haber dejado atrás a su hermano menor esquizofrénico cuando se alistó para Vietnam, desprotegido ante los ataques violentos de su padre.

Otro tema importante de nuestras sesiones era el dolor diario al que Bill se enfrentaba como pastor, debiendo enterrar a adolescentes fallecidos en accidentes de tráfico al cabo de algunos años de haberles bautizado o al ver a parejas que había casado en crisis debido a la violencia doméstica. Bill organizó un grupo de apoyo para compañeros del clero que hacían frente a traumas similares, y se convirtió en una fuerza importante en su comunidad.

El tercer tratamiento de Bill empezó cinco años después, cuando desarrolló una enfermedad neurológica grave a los cincuenta y tres años. De repente, había empezado a sufrir parálisis episódicas en varias partes del cuerpo, y estaba empezando a aceptar que probablemente pasaría el resto de su vida en silla de ruedas. Pensé que sus problemas podían deberse a una esclerosis múltiple, pero sus neurólogos no pudieron encontrarle lesiones concretas, y dijeron que no había cura para su patología. Me dijo lo agradecido que estaba por el apoyo de su esposa. Ya se las había arreglado para construir una rampa en la entrada de la cocina en su casa.

Teniendo en cuenta su desalentador pronóstico, insté a Bill a que encontrara la manera de sentir completamente y de aceptar los angustiantes sentimientos de su cuerpo, igual que había aprendido a tolerar y a vivir con los dolorosos recuerdos de la guerra. Le sugerí que consultara con un terapeuta corporal que me había introducido al Feldenkrais, un enfoque amable y práctico para reordenar las sensaciones físicas y los movimientos musculares. Cuando Bill volvió para contarme cómo estaba, se mostró encantado con esta sensación de mayor control. Le comenté que había empezado a hacer yoga y que habíamos iniciado un programa de yoga en el Trauma Center. Le invité a explorarlo como siguiente paso.

Bill encontró unas clases de yoga Bikram en su barrio, una práctica activa e intensa generalmente reservada para gente joven y enérgica. A Bill le encantaba, aunque algunas partes de su cuerpo cedieran ocasionalmente en clase. A pesar de su discapacidad física, experimentó una sensación de placer y de dominio corporal que nunca antes había notado.

El tratamiento psicológico de Bill le había ayudado a dejar en el pasado las horribles experiencias de Vietnam. Ahora, aceptar su cuerpo evitaba que organizara su vida en torno a la pérdida del control físico. Decidió sacarse el certificado de instructor de yoga, y empezó a enseñar yoga en su base militar a veteranos que regresaban de Irak y Afganistán.

Hoy, diez años después, Bill sigue totalmente comprometido con la vida, con sus hijos y nietos, a través de su trabajo con los veteranos, y en su parroquia. Aborda sus limitaciones físicas como una incomodidad. Hasta la fecha, ha dado clases de yoga a más de 1300 veteranos de guerra que han regresado. Con regularidad, sufre la debilidad de sus extremidades, que le obliga a sentarse o tumbarse. Pero, igual que sus recuerdos de infancia y de Vietnam, estos episodios no dominan su existencia. Simplemente, forman parte de la historia constante y evolutiva de su vida.

CAPÍTULO 14

LENGUAJE: MILAGRO Y TIRANÍA

Dad palabra al dolor: el dolor que no habla gime en el corazón hasta que lo rompe.

–William Shakespeare, *Macbeth*

Casi no podemos soportar mirar. La sombra puede incluir lo mejor de la vida que no hemos vivido. Ve al sótano, al ático, al cubo de la basura. Encuentra oro allí. Encuentra a un animal que no haya comido o bebido. ¡Eres tú! Ese animal abandonado, exiliado, hambriento de atención es parte de ti mismo.

-Marion Woodman (citada por Stephen Cope en *The Great Work of Your Life*)

En septiembre de 2001, varias organizaciones, incluyendo los Institutos Nacionales de Salud, la farmacéutica Pfizer y la New York Times Company Foundation, organizaron varias mesas redondas de expertos para

recomendar los mejores tratamientos para las personas traumatizadas por los ataques al World Trade Center. Como muchas intervenciones sobre los traumas ampliamente utilizadas no se habían evaluado nunca minuciosamente en comunidades aleatorias (a diferencia de los pacientes que acuden al psiquiatra), pensé que aquello era una excelente oportunidad para comparar el funcionamiento de varios enfoques distintos. Mis compañeros eran más conservadores y, tras largas deliberaciones, los comités recomendaron solo dos formas de tratamiento: el tratamiento con una orientación psicoanalítica y la terapia cognitivo-conductual. ¿Por qué la terapia conversacional analítica? Como Manhattan es uno de los últimos bastiones del psicoanálisis freudiano, habría sido políticamente incorrecto excluir a una proporción sustancial de los profesionales de la salud mental locales. ¿Por qué la TCC? Como el tratamiento conductual se puede dividir en pasos concretos y se puede «manualizar» en protocolos uniformes, es el tratamiento favorito de los investigadores académicos, otro grupo que tampoco podían ignorar. Después de la aprobación de las recomendaciones, nos sentamos y esperamos a que los habitantes de Nueva York se dirigieran a las consultas de esos terapeutas. Casi ninguno acudió.

El doctor Spencer Eth, que dirigía el Departamento de Psiquiatría del ya desaparecido Hospital St. Vincent en Greenwich Village, quiso saber adónde habían ido los supervivientes a buscar ayuda, y a principios de 2002, junto con algunos estudiantes de Medicina, realizó un estudio con 225 personas que habían logrado escapar de las Torres Gemelas. Al preguntarles qué les había sido más útil para superar los efectos de su experiencia, los supervivientes mencionaron la acupuntura, los masajes, el yoga y la EMDR, en este orden.[1] Entre los cuerpos de rescate, los masajes fueron especialmente populares. El estudio de Eth sugiere que las intervenciones más útiles se centraron en aliviar la carga física generada por el trauma. La disparidad entre la experiencia de los supervivientes y las recomendaciones de los expertos resulta intrigante. Obviamente, no sabemos cuántos supervivientes buscaron terapias más tradicionales. Pero la aparente falta de interés en la terapia conversacional suscita una pregunta básica: ¿cuánto bien hace hablar sobre el trauma?

LA VERDAD IMPRONUNCIABLE

Los terapeutas tienen una fe imperecedera en la capacidad de la palabra para

superar los traumas. Esta confianza data de 1893, cuando Freud (y su mentor Breuer) escribió que el trauma «desaparecía de forma inmediata y permanente cuando lograba sacar claramente a la luz el recuerdo del acontecimiento por el que había sido provocado y al activar el afecto correspondiente, y cuando el paciente había descrito ese acontecimiento con el mayor detalle posible y había puesto palabras al afecto».[2]

Desgraciadamente, no es tan simple: los acontecimientos traumáticos son casi imposibles de traducir en palabras. Eso se aplica a todos nosotros, no solo a las personas que sufren TEPT. Las huellas iniciales de los acontecimientos del 11 de septiembre no eran historias, sino imágenes: gente frenética corriendo por la calle, con la cara cubierta de ceniza; un avión empotrándose en la Torre Uno del World Trade Center, las manchas lejanas que eran personas saltando de la mano. Esas imágenes se reprodujeron una y otra vez, en nuestra mente y en la televisión, hasta que el alcalde Giuliani y los medios nos ayudaron a crear una narración que podíamos compartir con los demás.

En *Seven Pillars of Wisdom*, T. E. Lawrence escribía sobre sus experiencias en la guerra: «Aprendimos que había calambres demasiado punzantes, dolores demasiado profundos, éxtasis demasiado elevados para que nuestros yos finitos pudieran registrarlos. Cuando las emociones alcanzaban ese nivel, la mente se obstruía, y la memoria se quedaba en blanco hasta que las circunstancias volvían de nuevo a ser monótonas.[3] Aunque el trauma nos mantiene perplejos, el camino de su salida está pavimentado con palabras, cuidadosamente montadas, pieza a pieza, hasta que la historia completa puede ser revelada».

ROMPER EL SILENCIO

Los activistas de la primera campaña para la concienciación del sida crearon un eslogan potente: «Silencio = Muerte». El silencio sobre el trauma también lleva a la muerte: la muerte del alma. El silencio refuerza el aislamiento del trauma. Ser capaz de decir en voz alta a otro ser humano «Me violaron» o «Mi esposo me pegaba» o «Mis padres lo llamaban disciplina, pero eran malos tratos» o «No estoy bien desde que volví de Irak» es una señal de que la curación puede empezar.

Podemos pensar que controlamos nuestra pena, nuestro terror o nuestra vergüenza permaneciendo en silencio, pero nombrarlo nos ofrece la

posibilidad de un tipo de control diferente. Cuando Adán fue puesto al cargo del reino animal en el libro del Génesis, su primer acto fue poner nombre a todas las criaturas vivientes.

Si nos han hecho daño, debemos reconocer y decir lo que nos ha pasado. Lo sé por propia experiencia. Hasta que no pude permitirme aceptar que mi padre me encerrara en el sótano de nuestra casa por varias ofensas cometidas cuando yo tenía tres años, siempre estaba preocupado con la idea de que me echaran y me abandonaran. Solo cuando pude hablar de cómo me sentía de niño, solo cuando pude perdonarme por haber tenido tanto miedo y haber sido tan sumiso, pude empezar a disfrutar del placer de mi propia compañía. Sentir que te escuchan y que te comprenden te cambia la fisiología; ser capaz de articular un sentimiento complejo, y que reconozcan nuestros sentimientos, enciende nuestro cerebro límbico y crea un momento «aha». En cambio, que nos den a cambio silencio e incomprensión mata el espíritu. O, como John Bowlby dijo de forma tan memorable: «Lo que no se le puede contar a una madre no se puede contar a uno mismo».

Si nos ocultamos a nosotros mismos que nuestro tío abusaba de nosotros cuando éramos pequeños, somos vulnerables a reaccionar ante los detonantes como un animal en una tormenta eléctrica: con una respuesta de todo el cuerpo entero ante las hormonas que indican «peligro». Sin lenguaje y sin contexto, nuestra conciencia puede estar limitada a «Estoy asustado». Sin embargo, decididos a no perder el control, es probable que evitemos a cualquier persona o cualquier cosa que nos recuerde incluso vagamente nuestro trauma. También es posible que alternemos entre estar inhibidos y estar tensos o reactivos y explosivos, o todo ello sin saber por qué.

Mientras nos guardemos secretos y eliminemos información, nos estamos declarando la guerra a nosotros mismos. Esconder nuestros sentimientos profundos requiere una gran cantidad de energía, mina nuestra motivación para perseguir objetivos que valgan la pena, y nos deja con una sensación de aburrimiento y de desconexión. Mientras tanto, las hormonas del estrés siguen inundando nuestro cuerpo, provocando dolores de cabeza, dolores musculares, problemas intestinales o sexuales, y comportamientos irracionales que pueden ponernos en un aprieto y hacer daño a las personas que nos rodean. Solo cuando identificamos la fuente de estas respuestas podemos empezar a utilizar nuestros sentimientos como señales de problemas que requieren nuestra urgente atención.

Ignorar la realidad interior también devora nuestra sensación de identidad,

de conciencia y de propósito. La psicóloga clínica Edna Foa y sus compañeros crearon el Inventario de Cogniciones Postraumáticas para evaluar las opiniones de los pacientes sobre sí mismos.[4] Los síntomas del TEPT suelen incluir afirmaciones como «Me siento muerto por dentro», «Nunca podré sentir emociones normales de nuevo», «He cambiado a peor para siempre», «Me siento como un objeto, no como una persona», «No tengo futuro» o «Siento como si ya no me conociera».

La cuestión crítica es permitirnos saber lo que sabemos. Esto requiere una valentía enorme. En *What It Is Like to Go to War*, el veterano de Vietnam Karl Marlantes lucha con los recuerdos de su participación en una unidad de combate de los Marines sumamente efectiva y se enfrenta a la terrible división que descubrió en su interior:

> Durante años, no fui consciente de la necesidad de sanar esa división, y no había nadie, cuando volví, que me lo indicara… ¿Por qué di por sentado que solo había una persona dentro de mí?... Hay una parte de mí a la que solo le gusta mutilar, matar y torturar. Esta parte de mí no es todo mi yo. Tengo otros elementos que son justamente lo contrario, de los que estoy orgulloso. Así pues, ¿soy un asesino? No, pero parte de mí sí lo es. ¿Soy un torturador? No, pero parte de mí sí lo es. ¿Siento horror y tristeza cuando leo en el periódico que han maltratado a un niño? Sí. Pero ¿estoy fascinado?[5]

Marlantes nos cuenta que este camino hacia la recuperación requirió aprender a decir la verdad, aunque esa verdad fuera brutalmente dolorosa.

La muerte, la destrucción y la pena deben justificarse constantemente en ausencia de algún significado dominante para el sufrimiento. La ausencia de este significado dominante fomenta que inventemos cosas, que mintamos, que completemos el significado que falta.[6]

> Nunca había podido contar a nadie lo que me pasaba, así que durante años retuve esas imágenes. Empecé a reintegrar esta parte dividida de mi experiencia solo cuando empecé a imaginar a ese niño como a un niño, como mi hijo quizás. Luego, apareció esa apabullante tristeza, y la sanación. Reintegrar los sentimientos de tristeza, de rabia, de todo lo anterior con la acción debe ser un proceso operativo estándar para todos los soldados que han matado

> cara a cara. No requiere ninguna formación psicológica sofisticada. Simplemente, formar grupos bajo un miembro del escuadrón o del pelotón que haya seguido una formación de algunos días sobre liderazgo de grupos y que anime a la gente a hablar.[7]

Poder adoptar cierta perspectiva sobre nuestro terror y compartirlo con otras personas puede restablecer la sensación de ser miembros de la raza humana. Una vez que los veteranos de Vietnam que trataba se unieron a un grupo terapéutico en el que podían compartir las atrocidades que habían visto y habían cometido, afirmaron empezar a abrir su corazón a sus parejas.

EL MILAGRO DEL AUTODESCUBRIMIENTO

Descubrirnos a nosotros mismos en el lenguaje siempre es una epifanía, aunque encontrar palabras para describir nuestra realidad interior puede ser un proceso agonizante. Por ello encuentro tan inspirador el relato de Helen Keller sobre cómo «nació en el lenguaje».[8]

Cuando Helen tenía diecinueve meses y estaba empezando a hablar, una infección vírica le arrebató la vista y el oído. Sorda, ciega y muda, esta niña adorable y vivaracha se convirtió en una criatura indómita y aislada. Tras cinco años de desesperación, su familia invitó a una profesora que sufría una ceguera parcial, Anne Sullivan, para que viniera de Boston a su casa de Alabama para ser la maestra de Helen. Anne empezó inmediatamente a enseñar a Helen el alfabeto manual, deletreando palabras en su mano letra a letra, pero se pasó diez semanas intentando conectar con esa pequeña salvaje antes de que se produjera el gran avance. Se produjo cuando Anne deletreó la palabra «agua» en una de las manos de Helen mientras le ponía la otra bajo la bomba de agua.

Helen recordó más tarde ese momento en *The Story of My Life*: «¡Agua! Esa palabra me sobrecogió el alma, y despertó, llena del espíritu matinal… Hasta ese día, mi mente había sido como una cámara oscura, esperando a que entraran las palabras y alumbraran la lámpara, que es el pensamiento. Aprendí muchas palabras más ese día».

Aprender los nombres de las cosas permitió a la niña no solo crear una representación interior de la realidad invisible e inaudible a su alrededor, sino también encontrarse a sí misma. Al cabo de seis meses, empezó a utilizar la primera persona: «yo».

La historia de Helen me recuerda a los niños maltratados, renuentes, poco comunicativos que vemos en nuestros programas de tratamiento residenciales. Antes de adquirir el lenguaje, estaba desorientada y era egocéntrica (mirando hacia atrás, ella misma llamaba a esa criatura «fantasma»). Efectivamente, nuestros niños avanzan como fantasmas hasta que pueden descubrir quiénes son y sentirse suficientemente seguros para comunicar lo que les pasa.

En un libro posterior, *The World I Live In*, Keller describe de nuevo su nacimiento en su yoidad: «Antes de tener a mi maestra, no sabía que yo era. Vivía en un mundo que era un no-mundo… No tenía voluntad ni intelecto… Puedo recordar todo esto no porque supiera que era así, sino porque tengo memoria táctil. Me permite recordar que nunca contraje la frente en un acto de reflexión».[9]

Los recuerdos «táctiles» de Helen (recuerdos basados solo en el tacto) no podían compartirse. Pero el lenguaje le abrió la posibilidad de unirse a una comunidad. A los ocho años, cuando Helen fue con Anne al Instituto Perkins para personas ciegas de Boston (donde estudió la propia Sullivan), pudo comunicarse con otros niños por primera vez. «Oh, ¡qué felicidad! –escribió–. ¡Hablar libremente con otros niños! ¡Sentirme como en casa en el gran mundo!».

El descubrimiento del lenguaje de Helen con la ayuda de Anne Sullivan capta la esencia de una relación terapéutica: encontrar palabras donde las palabras antes no existían y, como resultado de ello, poder compartir nuestro dolor sentimientos más profundos con otro ser humano. Es una de las experiencias más profundas que podemos tener y, dicha resonancia, en la que se pueden descubrir, pronunciar y recibir palabras no pronunciadas hasta ese momento, es fundamental para curar el aislamiento del trauma, especialmente si otras personas de nuestra vida nos han ignorado o nos han silenciado. Comunicarse totalmente es lo opuesto a estar traumatizado.

¿CONOCERNOS A NOSOTROS MISMOS O CONTAR NUESTRA HISTORIA? NUESTRO SISTEMA DE CONCIENCIACIÓN DUAL

Cualquier persona que inicie una terapia conversacional, sin embargo, casi inmediatamente se enfrenta a las limitaciones del lenguaje. Este fue el caso

en mi propio psicoanálisis. Aunque tengo facilidad de palabra y sé contar interesantes cuentos, rápidamente me di cuenta de lo difícil que era sentir profundamente mis sentimientos y trasladarlos simultáneamente a otra persona. Cuando entraba en contacto con los momentos más íntimos, dolorosos o confusos de mi vida, a menudo me encontraba ante una disyuntiva: o centrarme en revivir antiguas escenas en el ojo de mi mente y dejarme sentir lo que había sentido entonces, o contar a mi analista lógica y coherentemente lo que había sucedido. Cuando elegía lo último, rápidamente perdía el contacto conmigo mismo y empezaba a centrarme en *su* opinión sobre lo que le estaba contando. El menor indicio de duda o de juicio hacía que me callara, y entonces centraba mi atención en volver a lograr su aprobación.

Desde entonces, la neurociencia ha demostrado que tenemos dos tipos de autoconocimiento diferentes: uno que rastrea nuestro yo en el tiempo y otro que registra al yo en el momento presente. El primero, nuestro yo autobiográfico, crea conexiones entre las experiencias y las monta en una historia coherente. Este sistema está arraigado en el lenguaje. Nuestras narraciones cambian con la historia, a medida que nuestra perspectiva cambia y que incorporamos nuevas contribuciones.

El otro sistema, el autoconocimiento momento a momento, se basa fundamentalmente en sensaciones físicas, pero si nos sentimos seguros y no tenemos prisa, podemos encontrar palabras para comunicar también esa experiencia. Estas dos formas distintas de conocer se encuentran en diferentes partes del cerebro que están muy desconectadas entre sí.[10] Solo el sistema dedicado al autoconocimiento, que se encuentra en la corteza prefrontal medial, puede cambiar el cerebro emocional.

En los grupos que solía liderar para los veteranos, en ocasiones veía estos dos sistemas funcionando mano a mano. Los soldados contaban terribles historias de muerte y destrucción, pero yo observaba que sus cuerpos a menudo simultáneamente irradiaban una sensación de orgullo y de pertenencia. Del mismo modo, muchos pacientes me hablan de la familia feliz en la que crecieron mientras que su cuerpo se va desplomando y su voz suena nerviosa y tensa. Un sistema crea una historia para el consumo público, y si contamos esa historia suficientes veces, es posible que acabemos creyendo que contiene toda la verdad. Pero el otro sistema registra una verdad distinta: cómo vivimos la situación en nuestro interior. Es este segundo sistema al que debemos acceder, que debemos aceptar y con el que

nos debemos reconciliar.

Recientemente, en mi hospital universitario, un grupo de psiquiatras residentes y yo entrevistamos a una joven con epilepsia del lóbulo temporal que estaba siendo evaluada tras un intento de suicidio. Los residentes le hicieron las preguntas habituales sobre sus síntomas, la medicación que estaba tomando, cuántos años tenía cuando la diagnosticaron y qué la había llevado a intentar quitarse la vida. Respondió con una voz plana y escueta: la diagnosticaron a los cinco años. Se había quedado sin trabajo; sabía que había estado fingiendo; se sentía inútil. Por alguna razón, un residente le preguntó si había sufrido abusos sexuales. Esa pregunta me sorprendió: no nos había dado ninguna indicación de tener problemas de relaciones o sexuales, y me pregunté si ese médico estaba persiguiendo intereses privados.

Sin embargo, la historia de nuestra paciente no explicaba por qué se había quedado destrozada después de perder su trabajo. Así que le pregunté cómo se había sentido aquella niña de cinco años cuando le dijeron que algo pasaba con su cerebro. Esto la obligó a reflexionar, porque no tenía ningún guion preestablecido para esta pregunta. Con un tono de voz apagado, nos contó que la peor parte de su diagnóstico fue que su padre ya no quería hacer nada con ella: «Solo me veía como a una hija defectuosa». Nadie la apoyó, nos dijo, así que básicamente tuvo que apañárselas sola.

Luego le pregunté cómo se sentía entonces si pensaba en esa niña a la que acababan de diagnosticar epilepsia y que fue dejada de lado. En lugar de llorar por su soledad o de enfadarse sobre la falta de apoyo, dijo con orgullo: «Era tonta, quejica y dependiente. Tenía que haber dado un paso adelante y hacer de tripas corazón». Esa pasión, obviamente, procedía de la parte de sí misma que había intentado manejar su aflicción con valentía, y reconocí que probablemente eso la ayudó a sobrevivir entonces. Le pedí que dejara que esa niña asustada y abandonada le contara cómo había sido estar sola, con su enfermedad agravada por el rechazo de su familia. Empezó a sollozar y estuvo en silencio un largo rato hasta que al final dijo: «No, no se lo merecía. Debieron haberla apoyado; alguien habría tenido que cuidar de ella». Luego volvió a cambiar y me contó con orgullo sus logros, todo lo que había logrado a pesar de la falta de apoyo. La historia pública y la experiencia interior finalmente se encontraron.

EL CUERPO ES EL PUENTE

Las historias sobre traumas reducen el aislamiento del trauma, y proporcionan una explicación sobre por qué la gente sufre del modo en que sufre. Permiten a los médicos hacer diagnósticos, para poder tratar problemas como el insomnio, la ira, las pesadillas o la insensibilización. Las historias también pueden proporcionar a la gente un objetivo al que culpar. La culpa es un rasgo humano universal que ayuda a la gente a sentirse bien mientras se siente mal o, como mi antiguo profesor Elvin Semrad solía decir: «El odio hace que el mundo se mueva». Pero las historias también pueden oscurecer una cuestión aún más importante; es decir, que el trauma radicalmente cambia a las personas: que en realidad ya no son «ellas mismas».

Es sumamente difícil poner en palabras esa sensación de ya no ser uno mismo. El lenguaje evolucionó básicamente para compartir las cosas del mundo exterior, no para comunicar nuestros sentimientos interiores, nuestra interioridad (de nuevo, el centro del lenguaje de nuestro cerebro está lo más geográficamente lejos posible del centro en el que nos experimentamos a nosotros mismos). La mayoría de nosotros sabemos describir mejor a otra persona que a nosotros mismos. Como dijo una vez el psicó-logo Jerome Kagan de Harvard: «La tarea de describir las experiencias más privadas se puede comparar con llegar al fondo de un pozo profundo para recoger unas pequeñas y frágiles figuras de cristal llevando puestos unos guantes de piel gruesa».[11]

Podemos superar el carácter escurridizo de las palabras implicando al sistema del yo, que observa al yo y que se basa en el cuerpo, que habla a través de las sensaciones, el tono de voz y las tensiones corporales. Ser capaces de percibir sensaciones viscerales es la base misma de la conciencia emocional.[12] Si un paciente me dice que tenía ocho años cuando su padre abandonó a su familia, seguramente le interrumpiré y le pediré que se pregunte qué pasa en su interior cuando me habla del niño que nunca más volvió a ver a su padre. ¿Dónde lo tiene registrado en su cuerpo? Cuando activamos nuestros instintos y escuchamos los latidos de nuestro corazón (cuando seguimos los caminos interoceptivos hacia nuestros recovecos más internos) las cosas empiezan a cambiar.

ESCRIBIRNOS A NOSOTROS MISMOS

Hay otras maneras de acceder a nuestro mundo de sentimientos interior. Una de las más efectivas es a través de la escritura. La mayoría de nosotros hemos

vaciado nuestro corazón en cartas airadas, acusatorias, de queja o tristes después de que nos hayan traicionado o abandonado. Hacerlo casi siempre nos hace sentir mejor, aunque nunca las enviemos. Cuando nos escribimos a nosotros mismos, no debemos preocuparnos por si los demás nos juzgan; simplemente escuchamos nuestros pensamientos y dejamos que fluyan. Luego, al releer lo que hemos escrito, a menudo solemos descubrir verdades sorprendentes.

Como miembros activos de nuestra sociedad, se supone que debemos ser agradables en nuestras interacciones diarias y subordinar nuestros sentimientos a las tareas que tenemos entre manos. Cuando hablamos con alguien con quien no nos sentimos completamente seguros, nuestro editor social se pone en alerta y levantamos la guardia. Al escribir es diferente. Si le pedimos a nuestro editor que nos deje solos un momento, saldrán cosas que no teníamos ni idea de que estaban allí. Tenemos la libertad de entrar en una especie de estado de trance en el que el bolígrafo (o el teclado) parece canalizar todo lo que va saliendo de dentro. Podemos conectar esas partes narrativas y de autoobservación del cerebro sin preocuparnos por la recepción que tendremos.

En la práctica llamada «escritura libre», podemos usar cualquier objeto como test Rorschach personal para iniciar una corriente de asociaciones. Simplemente, escriba lo primero que le venga a la mente al mirar el objeto que tiene delante y luego siga sin detenerse, sin releer ni tachar. Una cuchara de madera en la encimera de la cocina puede desencadenar recuerdos sobre cómo preparábamos salsa de tomate con nuestra abuela, o sobre cómo nos pegaban de pequeños. La tetera que ha pasado de generación en generación puede llevarnos por los recovecos de nuestra mente hasta las personas queridas que hemos perdido o hasta unas vacaciones familiares que eran una mezcla de amor y de conflicto. Pronto aparecerá una imagen, luego un recuerdo, luego un párrafo para dejar constancia de ello. Sea lo que sea lo que aparezca en el papel, será una manifestación de unas asociaciones que son únicamente nuestras.

Mis pacientes suelen traer fragmentos de escritos y dibujos sobre sus recuerdos que puede que todavía no estén listos para comentar. Leer su contenido en voz alta probablemente les abrumaría, pero quieren que yo esté al corriente de aquello con lo que están lidiando. Les digo lo mucho que aprecio su valentía al permitirse explorar partes hasta ese momento escondidas de sí mismos y en confiármelas a mí. Estas comunicaciones

vacilantes guían mi plan de tratamiento, por ejemplo ayudándome a decidir si añado algún procesamiento somático, neurofeedback o EMDR al trabajo actual.

Por lo que sé, la primera prueba sistemática del poder del lenguaje para aliviar el trauma se realizó en 1986, cuando James Pennebaker de la Universidad de Texas, en Austin, transformó su clase introductoria de Psicología en un laboratorio experimental. Pennebaker empezó destacando lo saludable e importante que es la inhibición, guardarse las cosas para uno mismo, que él consideraba como el pegamento de la civilización.[13] Pero también estaba seguro de que la gente paga cierto precio cuando intenta evitar ser consciente del elefante de la habitación.

Empezó pidiendo a cada estudiante que identificara una experiencia profundamente personal que les hubiera resultado muy estresante o traumática. Luego, dividió la clase en tres grupos: uno escribiría sobre lo que les estaba pasando en su vida actual; el segundo escribiría sobre los detalles del acontecimiento estresante o traumático; y el tercero contaría los hechos de la experiencia, sus sentimientos y emociones y el impacto que creían que ese acontecimiento había tenido en su vida. Todos los estudiantes escribieron ininterrumpidamente durante quince minutos durante cuatro días consecutivos sentados solos en un pequeño cubículo en el edificio de psicología.

Los estudiantes se tomaron el estudio muy en serio; varios revelaron secretos que no habían contado nunca a nadie. A menudo lloraban al escribir, y muchos confiaron a los asistentes del curso que esas experiencias les habían preocupado. De los 200 participantes, 65 escribieron sobre un trauma infantil. Aunque el fallecimiento de un familiar era el tema más frecuente, el 22 % de las mujeres y el 10 % de los hombres declararon un trauma sexual anterior a la edad de 17 años.

Los investigadores preguntaron a los estudiantes sobre su salud y se quedaron sorprendidos al comprobar con qué facilidad los estudiantes contaban espontáneamente historias de problemas de salud mayores y menores: cáncer, hipertensión, úlceras, gripes, cefaleas y dolores de oído.[14] Los que habían declarado una experiencia sexual traumática en la infancia habían sido hospitalizados una media de 1,7 días en el año anterior, casi el doble que el resto.

Luego, el equipo comparó el número de visitas al centro de salud que los participantes habían realizado durante el mes anterior al estudio con el

número de visitas en el mes posterior a este. El grupo que había escrito sobre los hechos y las emociones relacionadas con su trauma claramente salía más beneficiado: presentó una reducción del 50% en las visitas al médico en comparación con los dos otros grupos. Escribir sobre sus pensamientos y sus sentimientos más profundos sobre los traumas había mejorado su estado de ánimo y ello generaba una actitud más optimista y una mejor salud física.

Cuando pidieron a los propios estudiantes que evaluaran el estudio, se centraron en cómo había mejorado el conocimiento sobre sí mismos: «Me ayudó a pensar en lo que sentí en aquella ocasión. Nunca antes me había dado cuenta de lo mucho que me afectó». «Tuve que pensar y resolver experiencias del pasado. Un resultado de este experimento fue la tranquilidad de espíritu. Tener que escribir sobre las emociones y los sentimientos me ayudó a comprender cómo me sentía y por qué».[15]

En un estudio posterior, Pennebaker pidió a la mitad de un grupo de setenta y dos estudiantes que hablaran en una grabadora sobre la experiencia más traumática de su vida; la otra mitad hablaba de sus planes para el resto del día. Mientras hablaban, los investigadores analizaban sus reacciones fisiológicas: presión arterial, ritmo cardiaco, tensión muscular y temperatura en las manos.[16] Este estudio arrojó unos resultados similares: los que se permitieron sentir sus emociones mostraron cambios fisiológicos significativos, tanto inmediatos como a largo plazo. Durante sus confesiones, la presión arterial, el ritmo cardiaco y otras funciones autónomas aumentaron, pero luego su activación cayó a niveles por debajo de los que tenían al inicio del estudio. La caída de la presión arterial todavía podía medirse seis semanas después del final del experimento.

Actualmente, está ampliamente aceptado que las experiencias estresantes (un divorcio, los exámenes finales o la soledad) tienen un efecto negativo sobre la función inmunológica, pero esta era una noción muy controvertida en la época del estudio de Pennebaker. A partir de estos protocolos, un equipo de investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Ohio comparó dos grupos de estudiantes que habían escrito sobre un trauma personal o sobre un tema superficial.[17] De nuevo, los que escribieron sobre un trauma personal hicieron menos visitas al centro de salud, y su mejora en la salud estaba relacionada con la mejora de su función inmunológica, medida por la acción de los linfocitos T (las células *natural killer*) y otros marcadores inmunológicos en la sangre. Este efecto era más evidente directamente después del experimento, pero seguía siendo detectable

seis semanas después. Experimentos de escritura en el mundo entero con estudiantes, pacientes de residencias, estudiantes de Medicina, presos de máxima seguridad, pacientes de artritis, madres primerizas y víctimas de violación muestran de forma constante que escribir sobre acontecimientos angustiantes mejora la salud física y mental.

Otro aspecto de los estudios de Pennebaker me llamó la atención: cuando sus sujetos hablaban de cuestiones íntimas o difíciles, solían cambiar el tono de voz o el estilo de discurso. Las diferencias eran tan notables que Pennebaker se preguntaba si había mezclado las cintas. Por ejemplo, una mujer describía sus planes del día con una voz infantil y aguda, pero unos minutos después, cuando describía cómo robó una vez cien dólares de una caja registradora abierta, tanto el volumen como el tono de su voz bajaron tanto que parecía una persona totalmente diferente. Las alteraciones de los estados emocionales también se reflejaron en la escritura de los participantes. Cuando cambiaban de tema, podían cambiar de cursiva a mayúsculas y de vuelta a las cursivas. También había variaciones en la inclinación de las letras y en la presión del bolígrafo.

Estos cambios se conocen como «conmutación» en la práctica clínica, y solemos verlos en personas con historiales de traumas. Los pacientes activan de un modo distinto diferentes estados emocionales y fisiológicos a medida que pasan de un tema a otro. La conmutación se manifiesta no solo como patrones vocales marcadamente diferentes, sino también como expresiones faciales y movimientos corporales diferentes. Algunos pacientes incluso parecen cambiar su identidad personal, de tímidos a contundentes y agresivos o de ansiosamente obedientes a claramente seductores. Cuando escriben sobre sus miedos más profundos, su escritura manual suele volverse más infantil y primitiva.

So many times I find parts of myself fighting each other. It (the abuse) happened, it didn't happen - if it did happen how can I live with a truth that is so horrific.

with my left hand

Listen to me. I want t tell you and I want you to listen to you tink you're too good to hear it. I hear what

Si los pacientes que se presentan con estos estados tan drásticamente distintos son tratados como farsantes, o si se les pide que dejen de mostrar sus partes imprevisiblemente molestas, es probable que enmudezcan. Probablemente seguirán buscando ayuda, pero después de haber sido silenciados transmitirán sus gritos de ayuda no hablando, sino actuando: con intentos de suicidio, depresión y ataques de ira. Como veremos en el capítulo 17, solo mejorarán si tanto ellos como su terapeuta valoran la función que han desempeñado estos diferentes estados en su supervivencia.

ARTE, MÚSICA Y DANZA

Existen miles de profesionales que basan su terapia en el arte, la música y la danza y que hacen un trabajo fantástico con niños maltratados, soldados con TEPT, víctimas de incesto, refugiados y víctimas de torturas, y muchos relatos demuestran la efectividad de las terapias expresivas.[18] Sin embargo, en este momento, sabemos muy poco sobre cómo funcionan o sobre los aspectos concretos del estrés traumático que tratan, y realizar la investigación necesaria para determinar su valor científicamente representaría un reto logístico y económico enorme.

I want to hurt myself because I
feel like I'm bad. My mother calls
and leaves me sad messages and
I don't call her back. When I think about
being little I remember never wanting
her to find me and I feel like
she's looking for me now. She
knows things about me no
one else knows.

La capacidad del arte, la música y la danza para sortear el enmudecimiento que acompaña al terror puede ser una de las razones por las que se utilizan para el tratamiento del trauma en diferentes culturas del mundo. Uno de los pocos estudios sistemáticos que compara la expresión artística no verbal con la escritura fue realizado por James Pennebaker y Anne Krantz, una terapeuta de San Francisco que trabaja con el baile y el movimiento.[19] Pidieron a un tercio de un grupo de sesenta y cuatro estudiantes que revelaran una experiencia traumática con movimientos corporales expresivos durante al menos diez minutos al día durante tres días consecutivos, y luego que escribieran sobre la misma experiencia durante

otros diez minutos. Un segundo grupo bailó, pero no escribió sobre su trauma, y un tercer grupo realizó un programa de ejercicios. A los tres meses, los miembros de todos los grupos dijeron sentirse más felices y más sanos. Sin embargo, solo el grupo del movimiento expresivo que también había escrito mostró evidencias objetivas: una mejor salud física y un mejor promedio escolar (el estudio no evaluaba síntomas específicos del TEPT). Pennebaker y Krantz concluyeron lo siguiente: «La simple expresión del trauma no es suficiente. No parece que la salud requiera traducir las experiencias en lenguaje».

Sin embargo, seguimos sin saber si esta conclusión (que el lenguaje es fundamental para la curación) es realmente cierta. Los estudios de escritura que se han centrado en los síntomas del TEPT (frente a la salud general) han sido decepcionantes. Cuando lo comenté con Pennebaker, me dijo que la mayoría de los estudios con pacientes de TEPT se habían realizado en el contexto de grupos, en los que los participantes debían compartir sus historias. Reiteró el comentario que he realizado más arriba: que el objeto de la escritura es escribirnos a nosotros mismos, decirnos a nosotros mismos lo que hemos estado intentando evitar.

LOS LÍMITES DEL LENGUAJE

El trauma abruma tanto a los oyentes como a los oradores. En *The Great War in Modern Memory*, su magistral estudio sobre la I Guerra Mundial, Paul Fussell comenta brillantemente la zona de silencio que crea el trauma:

> Uno de los aspectos cruciales de la guerra es la colisión entre los acontecimientos y el lenguaje disponible (o pensamiento adecuado) para describirlos… Lógicamente, no hay motivo por el que la lengua inglesa no pueda describir perfectamente la realidad de la guerra: es rica en términos como *sangre, terror, agonía, locura, mierda, crueldad, asesinato, claudicación, dolor* y *engaño*, así como en frases como *piernas destrozadas, intestinos chorreando sobre sus manos, gritar toda la noche, sangrar por el recto hasta morir*, entre otras… El problema no era tanto de lenguaje como de finura y de optimismo. La verdadera razón [por la que los soldados permanecen en silencio] es que los soldados han descubierto que nadie está muy interesado en las malas noticias que deben comunicar. ¿Qué oyente

> quiere desgarrarse y perturbarse cuando no le corresponde? Hemos hecho que *innombrable* signifique indescriptible: realmente significa *repugnante*.[20]

Hablar de acontecimientos dolorosos no establece necesariamente una comunidad, más bien suele ser al contrario. Las familias y las organizaciones pueden rechazar a los miembros que airean los trapos sucios; los amigos y familiares pueden perder la paciencia con las personas que quedan aferradas en su pena o en su dolor. Esta es una de las razones por las que las víctimas de traumas suelen retraerse y por las que sus historias se convierten en relatos memorizados, editados en una forma que provoque el menor rechazo.

Es un enorme reto encontrar lugares seguros en los que expresar el dolor del trauma; por eso, grupos de supervivientes como Alcohólicos Anónimos, Hijos Adultos de Alcohólicos, Narcóticos Anónimos y otros grupos de apoyo pueden ser tan cruciales. Encontrar una comunidad que responda, en la que poder contar nuestra verdad, hace que la recuperación sea posible. Esta es también la razón por la que los supervivientes necesitan a terapeutas profesionales formados para escuchar los detalles agonizantes de su vida. Recuerdo la primera vez en que un veterano me contó cuando mató a un niño en Vietnam. Tuve un vívido *flashback* de cuando tenía unos siete años y mi padre me contó que un niño de la casa de al lado había muerto a golpes a manos de unos soldados nazis delante de nuestra casa por haberles faltado el respeto. Mi reacción ante la confesión del veterano fue demasiado difícil de soportar, y tuve que finalizar la sesión. Por esta razón, los terapeutas tienen que haber realizado su propia terapia intensiva, para que puedan hacerse cargo de sí mismos y permanecer disponibles emocionalmente para sus pacientes, incluso cuando las historias de sus pacientes les causan rabia o repugnancia.

Un problema distinto es cuando las propias víctimas de un trauma se vuelven literalmente mudas, cuando el área del cerebro relativa al lenguaje deja de funcionar.[21] He visto esta desconexión en los juzgados en muchos casos de inmigración y también en un caso contra el autor de una masacre masiva en Ruanda. Cuando se pide a las víctimas que testifiquen sobre sus experiencias, suelen sentirse tan abrumadas que prácticamente son incapaces de hablar o se ven invadidas por tal pánico que no pueden articular claramente lo que les ha sucedido. Sus testimonios suelen desestimarse por ser demasiado caóticos, confusos y fragmentados para ser creíbles.

Otros intentan contar su historia de un modo que les impida desencadenar ninguna reacción. Esto puede hacerles pasar por testigos evasivos y poco fiables. He visto docenas de casos legales desestimados porque los demandantes de asilo eran incapaces de hacer un relato coherente de los motivos de su huida. También he conocido a varios veteranos cuyas reclamaciones fueron denegadas por la Administración de Veteranos al no poder contar con precisión lo que les había sucedido.

La confusión y el mutismo son cosas rutinarias en las consultas de los terapeutas: sabemos a ciencia cierta que nuestros pacientes se sentirán abrumados si seguimos presionándolos para que cuenten detalles de su historia. Por este motivo, hemos aprendido a «pendular» nuestro enfoque del trauma, usando un término acuñado por mi amigo Peter Levine. No evitamos confrontar los detalles, pero enseñamos a nuestros pacientes a sumergir de forma segura un dedo en el agua y a sacarlo después, haciendo así frente a la realidad de manera gradual.

Empezamos creando «islas de seguridad» internas dentro del cuerpo.[22] Esto significa ayudar a los pacientes a identificar las partes de su cuerpo, las posturas o los movimientos que les permitan permanecer con los pies en el suelo siempre que se sientan bloqueados, aterrorizados o airados. Estas partes suelen estar fuera del alcance del nervio vago, que transporta los mensajes de pánico al pecho, al abdomen y a la garganta, y pueden servir como aliadas para la integración del trauma. Puedo preguntar al paciente si tiene bien las manos; si me dice que sí, le pido que las mueva, explorando su ligereza, su calor y su flexibilidad. Más tarde, si veo que se le tensa el pecho y su respiración prácticamente desaparece, puedo decirle que pare y pedirle que se centre en las manos y que las mueva, para que pueda sentirse separado del trauma. O puedo pedirle que se centre en cómo espira y que observe cómo puede cambiar su respiración, o pedirle que levante y baje los brazos con cada respiración, un movimiento de qigong.

Para algunos pacientes, tocar los puntos de acupresión es un buen sostén.[23] A otros les pido que sientan el peso de su cuerpo en la silla o que planten los pies en el suelo. Puedo pedir a un paciente que está cayendo en el silencio que vea lo que sucede cuando se sienta recto. Algunos pacientes descubren sus propias islas de seguridad, empiezan a «captar» que pueden crear sensaciones corporales para contrarrestar la sensación de pérdida de control. Esto allana el camino para la resolución del trauma: pendular entre estados de exploración y de seguridad, entre lenguaje y cuerpo, entre recordar

el pasado y sentirse vivo en el presente.

LIDIANDO CON LA REALIDAD

Lidiar con los recuerdos traumáticos, sin embargo, es solo el principio del tratamiento. Muchos estudios han descubierto que las personas con TEPT tienen más problemas en general con la focalización de la atención y con el aprendizaje de nueva información.[24] Alexander McFarlane hizo una prueba simple: pidió a un grupo de personas que dijeran el máximo de palabras que empiezan por B en un minuto. Las personas normales nombraban una media de quince; las personas con TEPT decían una media de tres o cuatro. Los sujetos normales dudaban cuando veían palabras amenazantes como «sangre», «herida» o «violación»; los sujetos con TEPT de McFarlane reaccionaban con la misma vacilación ante palabras ordinarias como «lana», «helado» y «bicicleta».[25]

Al cabo de cierto tiempo, la mayoría de las personas con TEPT no pasa mucho tiempo ni dedica mucho esfuerzo a lidiar con el pasado; su problema es simplemente llegar al final del día. Incluso los pacientes traumatizados que realizan importante contribuciones en el campo de la enseñanza, los negocios, la medicina o las artes y que crían a sus hijos satisfactoriamente gastan mucha más energía en las tareas diarias de la vida que el resto de mortales.

Sin embargo, otro obstáculo del lenguaje es la ilusión de que nuestro pensamiento puede corregirse fácilmente si no «tiene sentido». La parte «cognitiva» de la terapia cognitivo-conductual se centra en cambiar este «pensamiento disfuncional». Es un enfoque del cambio de arriba abajo en el que el terapeuta cuestiona o «reformula» las cogniciones negativas, como en «Comparemos la sensación de sentirse culpable de su violación con los hechos reales en cuestión» o «Comparemos su terror a conducir con las estadísticas de la seguridad vial actualmente».

Recuerdo a la mujer desconsolada que vino a nuestra clínica en una ocasión pidiendo ayuda con su hijo de dos meses porque el bebé era «muy egoísta». ¿Le habría sido útil una ficha informativa sobre el desarrollo infantil o una explicación sobre el concepto de altruismo? Esta información probablemente le habría sido de poca ayuda hasta que pudiera acceder a las partes aterrorizadas y abandonadas de sí misma, las partes expresadas por su terror a la dependencia.

No hay duda de que las personas traumatizadas tienen pensamientos

irracionales: «Yo fui la culpable por ser tan *sexy*». «Los otros no tenían miedo, eran hombres de verdad». «Tenía que haberlo sabido antes de elegir ese camino». Es mejor tratar estos pensamientos como *flashbacks* cognitivos: no discutimos por ellos más de lo que discutiríamos con alguien que tiene *flashbacks* visuales de un terrible accidente. Son restos de incidentes traumáticos: cosas que estaban pensando en el momento del trauma o justo después que se reactivaran bajo condiciones estresantes. La mejor manera de tratarlos es con la EMDR, el tema del siguiente capítulo.

CONVERTIRNOS EN ALGUIEN

La razón por la que a la gente le agobia contar sus historias, y el motivo por el que tienen *flashbacks* cognitivos, es que su cerebro ha cambiado. Como Freud y Breuer observaron, el trauma no actúa simplemente como un agente liberador de síntomas. Más bien, «el trauma psíquico (o más concretamente el recuerdo del trauma) actúa como un cuerpo extraño que mucho después de su entrada debe seguir considerándose como un agente que sigue actuando».[26] Como una astilla que causa una infección, la respuesta del cuerpo a ese cuerpo extraño es lo que se convierte en el problema más que el objeto en sí.

La neurociencia moderna confirma sólidamente la noción de Freud de que muchos de nuestros pensamientos complejos son racionalizaciones complejas de la gran cantidad de instintos, reflejos, motivos y recuerdos profundos que emanan del inconsciente. Como hemos visto, el trauma interfiere con el funcionamiento adecuado de las áreas del cerebro que manejan e interpretan la experiencia. La percepción robusta de uno mismo, una que permita a una persona decir con seguridad «Esto es lo que pienso y lo que siento» y «Esto es lo que me está pasando», depende de una interacción saludable y dinámica entre esas áreas.

En casi todos los estudios de imágenes cerebrales de pacientes con trauma aparece una activación anómala de la ínsula. Esta parte del cerebro integra e interpreta la información de los órganos internos, incluyendo los músculos, las articulaciones y el sistema del equilibrio (propioceptivo), para generar la sensación corporal. La ínsula puede transmitir señales a la amígdala, que desencadena las respuestas de lucha/huida. Esto no requiere ninguna información cognitiva ni ningún reconocimiento consciente de que algo haya ido mal; simplemente nos sentimos nerviosos e incapaces de centrarnos o, en el peor de los casos, tenemos una sensación de fatalidad inminente. Estos

potentes sentimientos se generan en lo más profundo del cerebro y no pueden ser eliminados por la razón o el entendimiento.

Ser constantemente asaltados por las sensaciones corporales pero estar conscientemente alejados de su origen provoca alexitimia: la incapacidad de sentir y de comunicar lo que nos pasa. Solo entrando en contacto con nuestro cuerpo, conectando instintivamente con nuestro yo, podemos volver a sentir quiénes somos, nuestras prioridades y nuestros valores. La alexitimia, la disociación y la desconexión afectan a las estructuras cerebrales que nos permiten centrarnos, saber qué sentimos y emprender acciones para protegernos. Cuando estas estructuras esenciales son sometidas a un *shock* inevitable, el resultado puede ser confusión y agitación, o puede ser el desapego emocional, a menudo acompañado por experiencias extracorpóreas (la sensación de estar viéndonos a nosotros mismos desde lejos). Dicho de otro modo, el trauma hace que la gente se sienta como si fuera *otra persona*, o *nadie*. Para superar el trauma, necesitamos ayuda para recuperar el contacto con *nuestro cuerpo*, con *nosotros mismos*.

No hay duda de que el lenguaje es esencial: nuestra sensación de Yo depende de ser capaces de organizar nuestros recuerdos en un todo coherente.[27] Esto requiere conexiones funcionales entre el cerebro consciente y el sistema corporal del yo, unas conexiones que suelen verse dañadas por el trauma. Solo se puede contar la historia completa después de que estas estructuras se hayan reparado y de que se haya realizado el trabajo de base: después de que el *nadie* se convierta en *alguien*.

CAPÍTULO 15

LIBERAR EL PASADO: EMDR

¿Qué es una visión, o soñar despierto?
Huye esa música; ¿estoy despierto o durmiendo?

–John Keats

David, un contratista de mediana edad, vino a verme porque sus violentos ataques de ira estaban convirtiendo su casa en un auténtico infierno. Durante nuestra primera sesión, me contó una historia sobre algo que le sucedió un verano cuando tenía veintitrés años. Estaba trabajando como socorrista, y una tarde un grupo de jóvenes estaban armando jaleo en la piscina y bebiendo cerveza. David les dijo que el alcohol no estaba permitido. Los chicos respondieron atacándole, y uno de ellos le sacó el ojo izquierdo con una botella rota. Treinta años después, seguía sufriendo pesadillas y *flashbacks* sobre el ataque.

Era despiadado en sus críticas hacia su propio hijo adolescente, solía gritarle por la más mínima infracción y era incapaz de mostrar el más mínimo afecto hacia su esposa. En cierta forma, sentía que su trágica pérdida del ojo le daba permiso para maltratar a los demás, pero también odiaba la persona

enojada y vengativa en la que se había convertido. Había observado que sus esfuerzos por controlar su rabia le mantenían siempre en tensión, y se preguntaba si ese miedo a perder el control había hecho que el amor y la amistad fueran imposibles para él.

Durante su segunda visita, introduje un procedimiento llamado «desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares» (EMDR, por sus siglas en inglés). Pedí a David que pensara en los detalles de su ataque y que recordara las imágenes del ataque, los sonidos que escuchó y los pensamientos que le cruzaron por la mente. «Simplemente deje que vuelvan esos momentos», le dije.

Luego le pedí que siguiera mi dedo índice a medida que lo movía de un lado para otro a unos treinta centímetros de su ojo derecho. En cuestión de segundos, salió a la superficie una cascada de rabia y de terror, acompañada por unas vívidas sensaciones de dolor, de sangre chorreando por la mejilla y la sensación de no ver. Cuando evocó estas sensaciones, hice un sonido alentador ocasional y seguí moviendo el dedo de un lado para otro. Cada pocos minutos me detenía y le pedía que respirara profundamente. Luego le pedí que prestara atención a lo que le pasaba por la mente, que era una pelea que tuvo en la escuela. Le pedí que siguiera percibiéndolo y que conservara ese recuerdo. Emergieron otros recuerdos, aparentemente aleatorios: buscando a sus asaltantes por todas partes, queriendo hacerles daño, peleando en un club. Cada vez que describía un nuevo recuerdo o sensación, le pedía que prestara atención a lo que le venía a la mente y retomaba los movimientos con los dedos.

Al final de esa visita, parecía más calmado y visiblemente aliviado. Me dijo que el recuerdo del ataque era menos intenso, entonces era algo desagradable que había sucedido mucho tiempo atrás. «Fue realmente una mierda –me dijo pensativamente–, y me mantuvo desequilibrado durante años, pero me sorprende la buena vida que finalmente puedo forjarme para mí mismo».

Nuestra tercera sesión, la semana siguiente, estuvo centrada en las secuelas del trauma: su consumo de drogas y alcohol durante años para lidiar con su ira. Al repetir más secuencias de EMDR, emergieron nuevos recuerdos. David recordó que una vez habló con un guardia de prisiones que conocía sobre asesinar a su asaltante encarcelado y que luego cambió de idea. Recordar esa decisión fue profundamente liberador: había terminado por considerarse un monstruo siempre fuera de control, pero darse cuenta de que

había desistido de la idea de vengarse le volvió a poner en contacto con el lado consciente y generoso de sí mismo.

Después se dio cuenta espontáneamente de que estaba tratando a su hijo como él se había sentido con respecto a sus asaltantes adolescentes. Al final de nuestra sesión, le pedí si podía reunirme con él y con su familia para que pudiera contarle a su hijo lo que había sucedido y pedirle perdón. En nuestra quinta y última sesión, me dijo que estaba durmiendo mejor y que por primera vez en su vida sentía una sensación de paz interior. Al cabo de un año, me llamó para contarme que no solo su esposa y él estaban más cerca el uno del otro y habían empezado a practicar yoga juntos, sino que también sonreía más y disfrutaba mucho con la jardinería y la carpintería.

SABER MÁS SOBRE EL EMDR

Mi experiencia con David es una de las muchas que he tenido en las dos últimas décadas en las que el EMDR ayudó a dejar atrás las recreaciones dolorosas del trauma. Mi introducción a este método fue a través de Maggie, una psicóloga valiente y joven que dirigía un centro de rehabilitación para chicas que habían sufrido abusos sexuales. Maggie salía de una confrontación para entrar en otra, chocando con prácticamente todo el mundo, salvo con las chicas de trece y catorce años que cuidaba. Consumía drogas, tenía novios peligrosos y a menudo violentos, tenía altercados con sus jefes y cambiaba constantemente de piso porque no aguantaba a sus compañeros de piso (y no a la inversa). Nunca entendí cómo pudo movilizar suficiente estabilidad y concentración para sacarse un doctorado en Psicología en una reputada universidad.

Maggie había sido derivada a un grupo terapéutico que yo llevaba para mujeres con problemas similares. Durante su segunda reunión, nos dijo que su padre la había violado en dos ocasiones, una cuando tenía cinco años y otra cuando tenía siete. Estaba convencida de que había sido culpa suya. Ella quería a su papá, explicó, y seguro que fue demasiado seductora para que él pudiera controlarse. Escuchándola pensé: «En lugar de culpar a su padre, culpa a todos los demás», incluyendo a sus terapeutas anteriores por no ayudarla a mejorar. Como muchos supervivientes de traumas, contaba una historia con sus palabras y otra con sus acciones, en las que seguía reproduciendo varios aspectos de su trauma.

Un día, Maggie vino al grupo dispuesta a contar una extraordinaria

experiencia que tuvo el fin de semana anterior en una formación de EMDR para profesionales. En ese momento, yo solo había escuchado que la EMDR era una nueva moda en la que los terapeutas movían los dedos delante de los ojos de los pacientes. Para mí y para mis compañeros académicos, sonaba como otra de las locuras que siempre abundan en psiquiatría, y estaba convencido de que aquello terminaría siendo otra de las desventuras de Maggie.

Maggie nos contó que durante su sesión de EMDR había recordado vívidamente la violación de su padre de cuando tenía siete años, la recordó desde dentro de su cuerpo de niña. Pudo sentir físicamente lo pequeña que era; pudo sentir el enorme cuerpo de su padre encima de ella y pudo oler el alcohol en su aliento. Y sin embargo, según nos dijo, incluso al revivir el incidente podía observarlo desde el punto de vista de su yo de veintinueve años. Rompió a llorar: «Era tan pequeña… ¿Cómo pudo un hombre enorme hacerle eso a una niña pequeña?». Estuvo un rato llorando y luego dijo: «Ahora ya está. Ya sé lo que sucedió. No fue culpa mía. Yo era una niña y no podía hacer nada para evitar que siguiera abusando de mí».

Me quedé pasmado. Llevaba mucho tiempo buscando la manera de ayudar a la gente a revisitar su pasado traumático sin volver a traumatizarse. Parecía que Maggie había tenido una experiencia igual de realista que un *flashback* pero sin embargo no había quedado embargada por él. ¿Podía la EMDR permitir a la gente acceder de manera segura a las huellas del trauma? ¿Podía entonces transformarlas en recuerdos de acontecimientos que sucedieron en un pasado lejano?

Maggie tuvo algunas sesiones más de EMDR y permaneció en nuestro grupo el tiempo suficiente para ver cómo había cambiado. Estaba mucho menos enojada, pero mantenía ese sentido del humor sarcástico que tanto me gustaba. Al cabo de unos meses, empezó a salir con un hombre de un estilo muy diferente del que siempre la había atraído. Dejó el grupo, afirmando que había resuelto su trauma, y yo decidí que había llegado la hora de formarme en EMDR.

EMDR: PRIMERAS EXPOSICIONES

Como muchos avances científicos, la EMDR se creó a partir de una observación casual. Un día de 1987, la psicóloga Francine Shapiro iba paseando por un parque, preocupada por algunos recuerdos dolorosos,

cuando se dio cuenta de que los movimientos oculares rápidos reducían drásticamente su angustia. ¿Cómo pudo desarrollarse esta importante modalidad de tratamiento a partir de una experiencia tan breve? Inicialmente escéptica sobre su observación, sometió su método a años de experimentación e investigación, convirtiéndolo poco a poco en un procedimiento estandarizado que podía enseñarse y probarse en estudios controlados.[1]

Llegué a mi primera clase de EMDR necesitando cierto tratamiento por mi parte. Unas semanas antes, el sacerdote jesuita que presidía mi departamento en el Hospital General de Massachusetts había cerrado repentinamente la Trauma Clinic, dejándonos luchando por encontrar un nuevo local y nuevos fondos para tratar a nuestros pacientes, formar a nuestros estudiantes y realizar nuestra investigación. Más o menos en la misma época, mi amigo Fran Putman, que estaba realizando el estudio a largo plazo de chicas con abusos sexuales que describí en el capítulo 10, fue despedido de los Institutos Nacionales de Salud y Rick Kluft, el mayor experto en disociación del país, perdió su unidad en el Instituto del Hospital de Pennsylvania. Puede que todo fuera una coincidencia, pero para mí era como si todo mi mundo estuviera siendo atacado. Mi preocupación sobre Trauma Clinic parecía una buena prueba para mi primer intento con la EMDR. Mientras seguía los dedos de mi compañera con los ojos, una rápida sucesión de borrosas escenas de mi infancia me vinieron a la mente: intensas conversaciones familiares en la mesa del comedor, confrontaciones con mis compañeros de clase durante el recreo, lanzamiento de piedras contra la ventana de un cobertizo con mi hermano mayor…, todas ellas del estilo de las imágenes vívidas, flotantes, «hipnopómpicas» que experimentamos cuando dormimos hasta tarde un domingo por la mañana y que luego olvidamos en cuanto nos despertamos completamente.

Al cabo de media hora, mi compañera y yo repasamos la escena en la que mi jefe me dijo que iba a cerrar la clínica. Entonces me sentía resignado: «Vale, ha sucedido, y ahora toca avanzar». Nunca miré hacia atrás; la clínica se volvió a abrir y ha prosperado desde entonces. ¿Fue la EMDR la única razón por la que puede liberar mi ira y mi aflicción? Obviamente, nunca lo sabré del todo, pero mi viaje mental (a través de escenas infantiles no relacionadas hasta dejar de lado el episodio) no se parecía en nada a lo que había experimentado en la terapia conversacional.

Lo que sucedió después, cuando me tocó a mí administrar la EMDR, fue

aún más intrigante. Rotamos a un grupo diferente, y mi nuevo compañero, que no conocía de antes, me dijo que quería abordar algunos incidentes infantiles dolorosos relacionados con su padre, pero no quería hablar de ello. Yo nunca había trabajado en el trauma de alguien sin conocer «la historia», y me preocupaba y me aturdía que no quisiera compartir ningún detalle. Mientras estaba moviendo los dedos delante de sus ojos, parecía intensamente alterado (empezó a sollozar, con una respiración rápida y superficial). Pero cada vez que le formulaba las preguntas incluidas en el protocolo, se negaba a decirme lo que le venía a la cabeza.

Al final de nuestra sesión de cuarenta y cinco minutos, lo primero que dijo mi compañero fue que el trato conmigo le había parecido tan desagradable que nunca me derivaría a ningún paciente. Aparte de eso, añadió, la sesión de EMDR había resuelto el problema del maltrato de su padre. Aunque yo era más bien escéptico y sospechaba que esa grosería hacia mí era un remanente de los sentimientos no resueltos hacia su padre, no había duda de que parecía estar mucho más relajado.

Fui a hablar con mi profesor de EMDR, Gerald Puk, y le dije lo desconcertado que estaba. A ese tipo claramente no le caía bien, y parecía muy alterado durante la sesión de EMDR, pero ahora me estaba diciendo que su malestar duradero había desaparecido. ¿Cómo podía yo saber que lo había resuelto o no si no quería contarme lo que sucedió durante la sesión?

Gerry me sonrió y me preguntó si por casualidad me había convertido en profesional de la salud mental para resolver alguno de mis problemas personales. Le confirmé que la mayoría de las personas que me conocían creían que podía ser así. Luego me preguntó si pensaba que era significativo que la gente me contara las historias de sus traumas. De nuevo, tuve que darle la razón. Luego dijo: «Sabes, Bessel, quizás debas aprender a dejar de lado tus tendencias voyeuristas. Si para ti es importante escuchar las historias de los traumas, ¿por qué no vas a un bar, pones un par de dólares encima de la mesa, y le dices a tu vecino “Te pago una copa si me cuentas la historia de tu trauma”? Pero es importante diferenciar entre tu deseo de escuchar historias y el proceso de sanación interno de tu paciente». Me tomé a pecho la advertencia de Gerry y desde entonces la he compartido con mucho gusto con mis estudiantes.

Terminé mi formación en EMDR absorto con tres temas que siguen fascinándome a día de hoy:

- La EMDR libera algo en la mente o en el cerebro que nos da un acceso rápido a recuerdos e imágenes libremente asociadas del pasado. Esto parece ayudar a poner la experiencia traumática en un contexto o en una perspectiva mayor.
- La gente puede superar un trauma sin hablar de él. La EMDR les permite observar sus experiencias de un modo nuevo, sin un intercambio verbal con otra persona.
- La EMDR puede incluso ayudar cuando el paciente y el terapeuta no tienen una relación de confianza. Esto es especialmente interesante porque el trauma, de manera comprensible, raramente deja a la gente con ganas de abrir el corazón y de confiar en los demás.

Desde entonces, llevo años practicando la EMDR con pacientes que hablaban swahili, mandarín y bretón, idiomas en los que solo sé decir «preste atención a esto», la instrucción clave en EMDR (siempre he tenido conmigo a un traductor, pero básicamente para explicar los pasos del proceso). Como la EMDR no requiere que los pacientes hablen sobre lo intolerable ni expliquen al terapeuta por qué se sienten tan mal, les permite permanecer totalmente centrados en su experiencia interior con, en ocasiones, unos resultados extraordinarios.

EL ESTUDIO DE LA EMDR

La Trauma Clinic se salvó gracias a un directivo del Departamento de Salud Mental de Massachusetts que había seguido nuestro trabajo con niños y entonces nos pedía que nos encargáramos de organizar el equipo de respuesta comunitaria ante el trauma para el área de Boston. Aquello bastaba para cubrir nuestras operaciones básicas, y el resto lo aportaba un enérgico equipo que amaba lo que estábamos haciendo: incluir el recientemente descubierto poder de la EMDR para curar a algunos de los pacientes a los que no habíamos podido ayudar anteriormente.

Mis compañeros y yo empezamos a enseñarnos mutuamente cintas de nuestras sesiones de EMDR con pacientes con TEPT, lo cual nos permitía observar las drásticas mejoras semana tras semana. Luego, empezamos a medir formalmente su progreso con una escala de evaluación del TEPT estándar. También pudimos organizar con Elizabeth Matthew, una joven

especialista en neuroimagen del New England Deaconess Hospital, la realización de escáneres cerebrales antes y después del tratamiento a doce pacientes. Al cabo de solo tres sesiones de EMDR, ocho de los doce presentaron una reducción significativa de sus puntuaciones del TEPT. En sus escáneres, se veía un claro aumento de la activación del lóbulo prefrontal después del tratamiento, así como mucha más actividad en el cíngulo anterior y en los ganglios basales. Este cambio podría explicar la diferencia en el modo en que experimentaban entonces su trauma.

Un hombre dijo: «Lo recuerdo como si fuera un recuerdo real, pero era más distante. Generalmente me hundía en él, pero esa vez estaba flotando por encima. Tuve la sensación de mantener el control». Una mujer nos dijo: «Antes sentía cada uno de los pasos. Ahora es como un conjunto, en lugar de fragmentos, así que es más manejable». El trauma había perdido su inmediatez y se había convertido en una historia sobre algo que sucedió mucho tiempo atrás.

Posteriormente, obtuvimos financiación del Instituto Nacional de Salud Mental para comparar los efectos de la EMDR con las dosis estándar de Prozac o de un placebo.[2] De nuestros 88 sujetos, 30 recibieron EMDR, 28 recibieron Prozac y el resto placebo. Como suele suceder, la gente a la que se administró placebo estuvo bien. A cabo de 8 semanas, su mejora del 42 % fue mayor que la de muchos otros tratamientos que se promocionan como «basados en la evidencia».

El grupo de Prozac estuvo ligeramente mejor que el grupo de placebo, pero apenas. Esto es típico de la mayoría de los estudios de fármacos para el TEPT: simplemente el hecho de participar aporta del 30 al 42 % de mejoría; cuando los fármacos funcionan, aportan de un 5 a un 15 % adicional. Sin embargo, los pacientes que hicieron EMDR tuvieron resultados sustancialmente mejores que los que tomaron Prozac o placebo. Después de ocho sesiones de EMDR, uno de cada cuatro estaba completamente curado (sus puntuaciones de TEPT habían caído hasta niveles insignificantes), en comparación con uno de cada diez en el grupo de Prozac. Pero la verdadera diferencia se produjo con el tiempo: cuando entrevistamos a nuestros sujetos al cabo de ocho meses, el 60 % de los que recibieron EMDR tenían unas puntuaciones que indicaban que estaban completamente curados. Como dijo el gran psiquiatra Milton Erickson, una vez que das un puntapié al tronco, el río empezará a fluir. Cuando la gente empieza a integrar sus recuerdos traumáticos, sigue mejorando espontáneamente. En cambio, todos los que

habían tomado Prozac recaían en cuanto dejaban de tomar el fármaco.

Este estudio fue significativo porque demostraba que una terapia centrada y específica para traumas para tratar el TEPT como la EMDR podía ser mucho más efectiva que la medicación. Otros estudios han confirmado que si los pacientes toman Prozac o fármacos relacionados como Celexa, Paxil y Zoloft, sus síntomas de TEPT a menudo mejoran, pero solo mientras sigan tomándolos. Esto hace que el tratamiento farmacológico sea mucho más caro a la larga. (Cabe destacar que, a pesar de la posición del Prozac como principal antidepresivo, en nuestro estudio la EMDR también produjo una mayor reducción de las puntuaciones de depresión que tomar el antidepresivo).

Otro hallazgo clave de nuestro estudio: los adultos con historiales de traumas infantiles respondían de manera muy distinta a la EMDR de los que se habían traumatizado en la edad adulta. Al cabo de ocho semanas, casi la mitad del grupo con un inicio en la edad adulta que había recibido EMDR tuvo una puntuación de completamente curado, mientras que solo el 9 % del grupo de los traumas infantiles mostró una mejoría tan pronunciada. Al cabo de ocho meses, el índice de curación era del 73 % en el grupo de inicio en la edad adulta, en comparación con el 25 % del grupo con historiales de maltrato infantil. Este grupo de maltrato infantil presentó respuestas pequeñas pero constantemente positivas al Prozac.

Estos resultados refuerzan los hallazgos que describí en el capítulo 9: el maltrato infantil crónico causa unas adaptaciones mentales y biológicas muy diferentes de los eventos traumáticos discontinuados en la edad adulta. La EMDR es un potente tratamiento para los recuerdos traumáticos atascados, pero no necesariamente resuelve los efectos de la traición y del abandono que acompañan al maltrato físico o al abuso sexual en la infancia. Ocho semanas de tratamiento de cualquier tipo en raras ocasiones es suficiente para resolver el legado de un trauma de larga duración.

En 2014, nuestro estudio sobre la EMDR tuvo el resultado más positivo que el de cualquier otro estudio publicado con personas que habían desarrollado un TEPT como reacción ante un acontecimiento traumático en la edad adulta. Pero a pesar de estos resultados, y de los de docenas de otros artículos, muchos de mis compañeros siguen siendo escépticos con respecto a la EMDR, quizás porque parece demasiado buena para ser verdad, demasiado simple para ser tan potente. Por supuesto, entiendo este tipo de escepticismo (la EMDR es un procedimiento poco usual). Cabe destacar que en el primer

estudio científico sólido usando la EMDR en veteranos de guerra con TEPT, se esperaba que la EMDR tuviera tan poco resultado que se incluyó como condición de control para compararla con la terapia de relajación mediante biofeedback. Para sorpresa de los investigadores, doce sesiones de EMDR resultaron ser el tratamiento más efectivo.[3] Desde entonces, la EMDR se ha convertido en unos de los tratamientos para el TEPT aprobado por el Departamento de Asuntos de los Veteranos.

¿ES LA EMDR UNA FORMA DE TERAPIA POR EXPOSICIÓN?

Algunos psicólogos han lanzado la hipótesis de que la EMDR en realidad desensibiliza a las personas ante el material traumático y que, por lo tanto, está relacionada con las terapias por exposición. Una descripción más precisa consistiría en decir que *integra* el material traumático. Como nuestra investigación mostró, después de la EMDR, la gente consideraba el trauma como un acontecimiento coherente del pasado, en lugar de experimentar sensaciones e imágenes separadas de todo contexto.

Los recuerdos evolucionan y cambian. Inmediatamente después de que un recuerdo se deposite, sigue un lento proceso de integración y de reinterpretación, un proceso que se produce automáticamente en la mente o en el cerebro sin ninguna información del yo consciente. Cuando el proceso termina, la experiencia se integra con otros acontecimientos vitales y deja de tener vida propia.[4] Como hemos visto, en el TEPT este proceso falla y el recuerdo permanece atascado, indigesto y crudo.

Desgraciadamente, a pocos psicólogos se les enseña durante su formación cómo funciona el sistema de procesamiento de los recuerdos en el cerebro. Esta omisión puede generar unos enfoques erróneos con respecto al tratamiento. A diferencia de las fobias (como la fobia a las arañas, basada en un miedo irracional específico), el estrés postraumático es el resultado de una reorganización fundamental del sistema nervioso central basado en el hecho de haber experimentado una amenaza real de aniquilación (o ver a otra persona aniquilada), que reorganiza la experiencia propia (como inútil) y la interpretación de la realidad (el mundo entero es un lugar peligroso).

Durante la exposición, los pacientes inicialmente se sienten sumamente descompuestos. Cuando reviven la experiencia traumática, presentan claros incrementos del ritmo cardiaco, de la presión arterial y de las hormonas del

estrés. Pero si logran permanecer en tratamiento y siguen reviviendo el trauma, poco a poco tienen menos reacciones y suelen desintegrarse menos al revivir el acontecimiento. Como resultado, sacan unas puntuaciones inferiores en las escalas de TEPT. Sin embargo, por lo que sabemos, exponer simplemente a alguien al trauma del pasado no integra el recuerdo en el contexto general de su vida, y raramente le permite recuperar el nivel de interacción alegre con las personas y las actividades que tenía con anterioridad al trauma.

En cambio, la EMDR, así como los tratamientos descritos en los siguientes capítulos (sistemas familiares internos, yoga, neurofeedback, terapia psicomotriz y teatro) se centran no solo en regular los intensos recuerdos activados por el trauma, sino también en restaurar la sensación de agencia, de interacción y de compromiso mediante la apropiación del cuerpo y de la mente.

PROCESAR EL TRAUMA CON LA EMDR

Kathy era una estudiante universitaria de veintiún años. Cuando la conocí, parecía aterrorizada. Llevaba tres años de psicoterapia con un terapeuta en el que confiaba y por el que se sentía comprendida, pero con el cual no hacía ningún progreso. Después de su tercer intento de suicidio, el servicio sanitario de la universidad la derivó hacia mí, esperando que la nueva técnica de la que les había hablado pudiera ayudarla.

Como varios de mis otros pacientes traumatizados, Kathy era capaz de quedar totalmente absorta en sus estudios. Cuando leía un libro o escribía un artículo de investigación, podía bloquear todo el resto de cosas de su vida. Esto le permitía ser una estudiante competente, aunque no tuviera ni idea de cómo establecer una relación de afecto consigo misma, por no decir con una pareja.

Kathy me contó que su padre la había utilizado durante muchos años para la prostitución infantil, lo cual normalmente me habría hecho pensar en usar la EMDR solo como terapia complementaria. Sin embargo, resultó ser una virtuosa de la EMDR y se recuperó totalmente al cabo de ocho sesiones, de largo el menor tiempo según mi experiencia para alguien con un historial de maltrato infantil severo. Estas sesiones se produjeron hace quince años, y recientemente la volví a ver para hablar de los pros y los contras de la adopción de un tercer hijo. Era un encanto: lista, divertida y alegremente

implicada en su familia y en su trabajo como profesora ayudante de desarrollo infantil.

Me gustaría compartir mis notas sobre el cuarto tratamiento con EMDR de Kathy, no solo para mostrar lo que suele suceder en esas sesiones, sino también para mostrar cómo es la mente humana en acción al integrar una experiencia traumática. Ningún escáner cerebral, análisis de sangre ni escala de valoración puede medirlo; incluso una grabación en vídeo solo puede transmitir la sombra de cómo la EMDR puede liberar los poderes imaginativos de la mente.

Kathy estaba sentada con la silla en un ángulo de 45 grados respecto a la mía, a unos cuatro metros de mí. Le pedí que pensara en un recuerdo especialmente doloroso y la animé a recordar lo que había oído, visto, pensado y sentido en su cuerpo mientras se producía. (En mis notas no aparece si me dijo cuál era ese recuerdo o no; supongo que probablemente no, porque no lo anoté).

Le pregunté si ya estaba «en el recuerdo», y cuando me dijo que sí, le pregunté lo real que parecía en una escala del uno al diez. Me dijo que un nueve. Luego, le pedí que siguiera el movimiento de mi dedo con los ojos. De vez en cuando, después de completar una serie de unos veinticinco movimientos oculares, le decía: «Respira profundamente», y luego «¿Qué tienes ahora?» o «¿Qué te viene a la mente ahora?». Entonces Kathy me decía qué estaba pensando. Cuando su tono de voz, expresión facial, movimientos corporales o patrones de respiración indicaban que ese era un tema emocionalmente significativo, le decía «Presta atención a esto», e iniciaba otra serie de movimientos oculares, durante la cual ella no hablaba. Aparte de pronunciar esas pocas palabras, yo permanecía en silencio durante los siguientes cuarenta y cinco minutos.

Esta es la asociación que hizo Kathy tras la primera secuencia de movimientos oculares: «Me doy cuenta de que tengo heridas de cuando me ataba las manos detrás de la espalda. La otra herida es de cuando me marcaba para mostrar que era suya, y luego tengo [señala] marcas de mordiscos». Parecía sorprendida pero asombrosamente tranquila al recordar: «Recuerdo que me empapaba con gasolina (me hacía fotos con una Polaroid) y luego me sumergía en agua. Fui violada por un grupo entre los que estaban mi padre y dos de sus amigos. Estaba atada a una mesa; recuerdo que me violaban con botellas de Budweiser».

Tenía el estómago contraído, pero no comenté nada aparte de pedirle a

Kathy que mantuviera esos recuerdos en mente. Después de unos treinta movimientos de un lado para otro, me detuve cuando vi que estaba sonriendo. Cuando le pregunté en qué estaba pensando, me dijo: «Estaba en una clase de karate, era genial. ¡Estuve genial! Les vi retroceder. Yo gritaba “¿No veis que me estáis haciendo daño? No soy vuestra novia”». Le dije: «Permanece aquí» y empecé la siguiente ronda. Al terminar, Kathy dijo: «Tengo una imagen de dos “yoes”: esa niña lista y bonita… y esa pequeña zorra. Todas esas mujeres que no podían cuidar de sí mismas o de mí o de sus hombres, dejándome a mí teniendo que servirles a todos». Empezó a sollozar durante la siguiente secuencia, y cuando paró dijo: «He visto lo pequeña que era, la brutalidad hacia esa niña pequeña. No fue culpa mía». Asentí y le dije: «Exacto, permanece aquí». La siguiente ronda terminó con Kathy diciendo: «Estoy viendo mi vida ahora, mi gran yo sosteniendo a mi pequeño yo, diciéndole “Ahora estás segura”». Asentí de modo alentador y seguí.

Las imágenes siguieron brotando. «Tengo imágenes de una excavadora arrasando la casa en la que crecí. ¡Se acabó!». Luego Kathy empezó con otro tema: «Estoy pensando en lo mucho que me gusta Jeffrey [un compañero de clase]. Pensado que seguramente no querrá salir conmigo. Pensando que no puedo sobrellevarlo. Nunca antes he sido la novia de nadie y no sé cómo hacerlo». Le pregunté qué le parecía que necesitaba saber y empecé la siguiente secuencia. «Ahora, existe una persona que solo quiere estar conmigo, es demasiado simple. No sé cómo ser simplemente yo entre hombres. Estoy petrificada».

Mientras seguía mi dedo, Kathy empezó a sollozar. Cuando paré, me dijo: «Tenía una imagen de Jeffrey y yo sentados en una cafetería. Mi padre aparece por la puerta. Empieza a gritar a pleno pulmón y lleva un hacha; dice: “Te dije que eras mía”. Me pone encima de la mesa; luego me viola y viola a Jeffrey». Ahora lloraba intensamente. «¿Cómo puedes abrirte a alguien cuando tienes visiones de tu padre violándote y violándonos a los dos?». Quería consolarla, pero sabía que era más importante que sus asociaciones siguieran avanzando. Le pedí que se centrara en lo que sentía en su cuerpo: «Lo siento en los antebrazos, en los hombros y en el pecho derecho. Solo quiero que me abracen». Seguimos la EMDR y cuando paramos, Kathy parecía relajada. «Escuché a Jeffrey decir que estaba bien, que le enviaron aquí para cuidar de mí. Y que yo no había hecho nada, y que solo quería estar conmigo por mí». De nuevo, le pregunté qué sentía físicamente. «Me siento realmente en paz. Un poco temblorosa, como cuando utilizas nuevos

músculos. Cierto alivio. Jeffrey ya sabe todo esto. Siento que estoy viva y que todo ha terminado. Pero tengo miedo de que mi padre tenga otra niña, y esto me entristece muchísimo. Quiero salvarla».

Sin embargo, cuando continuamos el trauma volvió, junto con otros pensamientos e imágenes. «Necesito vomitar… Tengo intrusiones de muchos olores, colonia mala, alcohol, vómito». Al cabo de unos minutos, Kathy estaba llorando profusamente: «Ahora estoy sintiendo realmente a mi madre aquí. Es como si quisiera que la perdonara. Tengo la sensación de que a ella le ocurrió lo mismo, no para de pedirme perdón. Me está diciendo que esto también le sucedió a ella, que era mi abuelo. También me está diciendo que mi abuela lo siente mucho por no estar aquí para protegerme». Yo seguía pidiéndole que respirara profundamente y que se centrara en todo lo que le saliera.

Al final de la siguiente secuencia, Kathy dijo: «Siento que ya ha terminado. He sentido a mi abuela abrazándome con mi edad actual, diciéndome que siente mucho haberse casado con mi abuelo. Que ella y mi madre se están asegurando de que esto termine aquí». Después de una última secuencia de EMDR, Kathy sonreía: «Tengo la imagen de empujar a mi padre fuera de la cafetería y de Jeffrey cerrando la puerta detrás de él. Él se queda dentro. Se le ve a través del cristal, todo el mundo se está riendo de él».

Con la ayuda de la EMDR, Kathy pudo integrar los recuerdos de su trauma y recurrir a la imaginación para ponerles fin, logrando una sensación de completitud y de control. Lo hizo con la mínima participación por mi parte y sin tener que explicar los detalles de sus experiencias (nunca tuve motivo para cuestionar su exactitud; sus experiencias eran reales para ella, y mi función era ayudarla a lidiar con ellas en el presente). El proceso liberó algo en su mente o cerebro que activó nuevas imágenes, sentimientos y pensamientos; fue como si su fuerza vital hubiera emergido para crear nuevas posibilidades para su futuro.[5]

Como hemos visto, los recuerdos traumáticos persisten como imá-genes, sensaciones y sentimientos desgajados, sin modificar. Para mí, la característica más destacable de la EMDR es su aparente capacidad de activar una serie de sensaciones, emociones, imágenes y pensamientos no buscados y aparentemente no relacionados junto con el recuerdo original. Esta forma de reensamblar informaciones antiguas en nuevos paquetes puede ser simplemente la manera en que integramos las experiencias ordinarias, no

traumáticas, de nuestro día a día.

EXPLORAR LA CONEXIÓN CON EL SUEÑO

Poco después de estudiar la EMDR, me pidieron que hablara de mi trabajo en el laboratorio del sueño dirigido por Allan Hobson en el Centro de Salud Mental de Massachusetts. Hobson (junto con su maestro, Michel Jouvet)[6] era famoso por haber descubierto dónde se generan los sueños en el cerebro, y uno de sus investigadores ayudantes, Robert Stickgold, justo entonces estaba empezando a explorar la función de los sueños. Mostré al grupo una cinta de una paciente que llevaba treinta años sufriendo un TEPT grave a causa de un terrible accidente de coche y que en solo dos sesiones de EMDR dejó de ser una víctima aterrorizada impotente para convertirse en una mujer segura de sí misma y asertiva. Bob estaba fascinado.

Unas semanas después, una amiga de la familia de Stickgold entró en una depresión tan fuerte tras el fallecimiento de su gato que tuvieron que hospitalizarla. El psiquiatra que la atendió concluyó que la muerte del gato había desencadenado recuerdos no resueltos de la pérdida de su madre cuando tenía doce años, y la puso en contacto con Roger Solomon, un conocido formador de EMDR, quien la trató con éxito. Después, la mujer llamó a Stickgold y le dijo: «Bob, tienes que estudiar esto. Es realmente extraño; tiene que ver con tu cerebro, no con tu mente».

Poco después, se publicó un artículo en la revista *Dreaming* sugiriendo que la EMDR estaba relacionada con la fase REM del sueño (movimiento rápido de los ojos), la fase el sueño en la que soñamos.[7] La investigación había demostrado ya que el sueño, y en particular soñar, juega un papel muy importante en la regulación del estado de ánimo. Como destacaba el artículo en *Dreaming*, los ojos se mueven rápidamente de un lado para otro en la fase REM del sueño, igual que en la EMDR. Aumentar nuestro tiempo en la fase REM reduce la depresión, mientras que cuanto menos sueño REM tenemos, más probable es que suframos depresión.[8]

Obviamente, el TEPT se asocia claramente con los trastornos del sueño, y la automedicación con alcohol o drogas altera aún más el sueño REM. Durante mi época en la VA, mis compañeros y yo descubrimos que los veteranos con TEPT se despertaban con frecuencia poco después de entrar en el sueño REM,[9] probablemente porque habían activado un fragmento del trauma durante un sueño.[10] Otros investigadores también habían observado

este fenómeno, pero pensaron que era irrelevante para la comprensión del TEPT.[11]

Hoy sabemos que tanto el sueño profundo como el sueño REM desempeñan importantes funciones en el cambio de los recuerdos con el tiempo. El cerebro cuando duerme cambia la forma de los recuerdos aumentando la huella de la información emocionalmente relevante y facilitando la desaparición del material irrelevante.[12] En una serie de estudios interesante, Stickgold y sus compañeros mostraron que el cerebro que duerme puede incluso entender información cuya relevancia no está clara mientras estamos despiertos e integrarla en el sistema de recuerdos mayor.[13]

Los sueños siguen reproduciéndose, recombinándose y reintegrando trozos de antiguos recuerdos durante meses e incluso años.[14] Actualizan constantemente las realidades subterráneas que determinan aquello a lo que nuestra mente despierta presta atención. Y quizás lo más relevante para la EMDR es que en el sueño REM activamos asociaciones más distantes que en el sueño no REM o en nuestro estado normal de vigilia. Por ejemplo, cuando los sujetos se despiertan del sueño no REM y se les da una prueba de asociación de palabras, dan respuestas estándar: caliente/frío, duro/blando, etc. Cuando se les despierta del sueño REM, realizan unas conexiones menos convencionales, como ladrón/malo.[15] También resuelven simples anagramas más fácilmente después del sueño REM. Este cambio hacia la activación de asociaciones distantes podría explicar por qué los sueños son tan extraños.[16]

Stickgold, Hobson y sus compañeros descubrieron por tanto que los sueños ayudan a forjar nuevas relaciones entre recuerdos aparentemente no relacionados.[17] Ver nuevas conexiones es la principal característica de la creatividad; como hemos visto, también es esencial para la curación. La incapacidad de recombinar experiencias también es una de las sorprendentes características del TEPT. Mientras que Noam en el capítulo 4 podía imaginar una cama elástica para salvar a futuras víctimas de terrorismo, las personas traumatizadas están atrapadas en asociaciones paralizadas: todas las personas que lleven turbante intentarán matarme; todos los hombres que me encuentran atractiva querrán violarme.

Finalmente, Stickgold sugiere un claro vínculo entre la EMDR y el procesamiento de los recuerdos en los sueños: «Si la estimulación bilateral de la EMDR puede alterar los estados cerebrales de un modo similar a lo que vemos durante el sueño REM, entonces tenemos buenas pruebas de que la EMDR podría sacar provecho de los procesos que dependen del sueño, que

pueden estar bloqueados o ser ineficaces en los pacientes con TEPT, para permitir un procesamiento adecuado de los recuerdos y la resolución de los traumas».[18] La instrucción básica en la EMDR, «Mantenga esta imagen en la mente y observe mis dedos moviéndose de un lado para otro», puede perfectamente reproducir lo que sucede en el cerebro cuando sueña. En el momento de la impresión de este libro, Ruth Lanius y yo estamos estudiando cómo reacciona el cerebro, recordando un acontecimiento traumático y una experiencia ordinaria, ante los movimientos sacádicos mientras al sujeto se le practica una resonancia magnética funcional. Preste atención.

ASOCIACIÓN E INTEGRACIÓN

A diferencia del tratamiento por exposición convencional, la EMDR dedica poco tiempo a repasar el trauma original. El trauma en sí es ciertamente el punto de partida, pero el enfoque es estimular y abrir el proceso asociativo. Como nuestro estudio con Prozac y EMDR demostró, los fármacos pueden mitigar las imágenes y las sensaciones de terror, pero permanecen incrustadas en la mente y en el cuerpo. A diferencia de los sujetos que mejoraron con Prozac (cuyos recuerdos fueron simplemente mitigados, no integrados como un acontecimiento que sucedió en el pasado, y seguían causando una ansiedad considerable), los que recibieron la EMDR dejaron de experimentar las huellas características del trauma: se había convertido en una historia de un acontecimiento terrible que sucedió mucho tiempo atrás. Como dijo uno de mis pacientes haciendo un gesto desdeñoso con la mano: «Se acabó».

Aunque todavía no sabemos cómo funciona exactamente la EMDR, tampoco lo sabemos en el caso del Prozac. Sabemos que el Prozac tiene un efecto sobre la serotonina, pero si sus niveles suben o bajan, y en qué células cerebrales, y por qué hace que la gente tenga menos miedo, sigue sin estar claro. Del mismo modo, tampoco sabemos con exactitud por qué hablar con un amigo de confianza nos alivia tanto, y me sorprende que haya tan pocas personas dispuestas a explorar esta cuestión.[19]

Los médicos solo tienen una obligación: hacer todo lo posible para ayudar a sus pacientes a ponerse mejor. Por ello, la práctica clínica siempre ha sido un semillero para la experimentación. Algunos experimentos fracasan, otros triunfan, y otros, como la EMDR, la terapia conductual dialéctica y la terapia de los sistemas familiares internos, cambian el modo en que se practica la terapia. Validar todos estos tratamientos requiere décadas y se ve

obstaculizado por el hecho de que el apoyo para la investigación generalmente se destina a métodos que ya han demostrado que funcionan. Me consuela recordar la historia de la penicilina: pasaron casi cuatro décadas entre el descubrimiento de sus propiedades antibióticas por Alexander Fleming en 1928 y la comprensión definitiva de su mecanismo en 1965.

CAPÍTULO 16

APRENDER A VIVIR EN NUESTRO CUERPO: YOGA

Cuando volvemos a experimentar una reconexión visceral con las necesidades de nuestro cuerpo, tenemos una capacidad totalmente nueva de amar afectuosamente a nuestro yo. Experimentamos una nueva calidad de autenticidad en nuestros cuidados, que redirige nuestra atención hacia nuestra salud, nuestra dieta, nuestra energía, la gestión de nuestro tiempo. Este mejor cuidado del yo emerge de manera espontánea y natural, no como respuesta a una obligación. Somos capaces de experimentar el placer inmediato e intrínseco de cuidarnos a nosotros mismos.

–Stephen Cope, *Yoga and the Quest for the True Self*

La primera vez que vi a Annie estaba desplomada en una silla en mi sala de espera, y llevaba unos vaqueros descoloridos y una camiseta violeta de Jimmy Cliff. Las piernas le temblaban visiblemente, y seguía mirando al suelo aunque ya le había dicho que pasara. Tenía muy poca información sobre ella, aparte de que tenía cuarenta y siete años y era maestra de niños

con necesidades especiales. Su cuerpo comunicaba claramente que le aterrorizaba mantener una conversación, incluso indicar su dirección o el tipo de seguro que tenía. Las personas que están tan asustadas no pueden pensar con claridad, y cualquier petición hace que se encierren todavía más. Si insistes, se van corriendo y no vuelves a verlas.

Annie se arrastró hasta mi consulta y permaneció de pie, casi sin respirar, como un pájaro inmóvil. Yo sabía que no podría hacer nada hasta que pudiera ayudarla a calmarse. Acercándome un poco a ella y asegurándome que tenía acceso libre a la puerta, la animé a respirar un poco más profundamente. Respiré con ella y le pedí que siguiera mi ejemplo, levantando con cuidado los brazos lateralmente al inspirar y bajándolos al espirar, una técnica de qigong que una de mis estudiantes chinas me había enseñado. Siguió sigilosamente mis movimientos, con los ojos aún fijados en el suelo. Pasamos una media hora así. De vez en cuando, le pedía tranquilamente que prestara atención a sus pies en el suelo y a cómo se le expandía el pecho y se contraía con cada respiración. Poco a poco, su respiración se hizo más lenta y profunda, el rostro se le relajó, la columna se le tensó un poco y la mirada subió hasta más o menos mi cuello. Empecé a percibir a la persona detrás de ese terror abrumador. Finalmente parecía más relajada y me mostró la sombra de una sonrisa, un reconocimiento de que ambos estábamos en la habitación. Le sugerí que lo dejáramos allí (ya le había pedido demasiadas cosas) y le pregunté si querría volver la semana siguiente. Asintió y farfulló «Qué raro es usted».

Cuando conocí a Annie, inferí de las notas que escribió y de los dibujos que me dio que había sido terriblemente maltratada por su padre y por su madre de muy pequeña. La historia completa se fue revelando gradualmente, a medida que fue aprendiendo a recordar algunas de las cosas que le habían sucedido sin que su cuerpo fuera presa de una ansiedad incontrolable.

Pude comprobar que Annie era extraordinariamente hábil y cariñosa en su trabajo con niños con necesidades especiales (probé algunas de las técnicas que me contó con los niños de nuestra clínica y me parecieron sumamente útiles). Hablaba libremente de los niños a los que daba clase, pero callaba inmediatamente si nos acercábamos al tema de sus relaciones con los adultos. Sabía que estaba casada, pero casi nunca mencionaba a su marido. A menudo lidiaba con los desacuerdos y las confrontaciones poniendo la mente en blanco. Cuando se sentía agobiada, se cortaba los brazos y el pecho con una hoja de afeitar. Había pasado años en varios tipos de terapia y había probado

muchas medicaciones diferentes, que la habían ayudado muy poco a lidiar con las huellas de su horrible pasado. También había sido ingresada en varios hospitales psiquiátricos para tratar sus comportamientos autodestructivos, pero tampoco la beneficiaron mucho aparentemente.

En nuestras primeras sesiones de terapia, como Annie solo podía insinuar lo que estaba sintiendo y pensando antes de encerrarse y quedar paralizada, nos centramos en calmar el caos fisiológico que tenía dentro. Usamos todas las técnicas que había aprendido con los años, como respirar centrando la atención en la espiración, lo cual activa el sistema nervioso parasimpático relajante. También le enseñé a usar los dedos para presionar una secuencia de puntos de acupresión en diferentes partes de su cuerpo, una práctica que suele enseñarse bajo el nombre de EFT (técnica de libertad emocional, por sus siglas en inglés), de la que se ha probado que ayuda a los pacientes a permanecer en su ventana de tolerancia y a menudo tiene efectos positivos en los síntomas del TEPT.[1]

EL LEGADO DEL SHOCK INEVITABLE

Como ahora podemos identificar los circuitos cerebrales implicados en el sistema de alarma, sabemos, más o menos, lo que sucedía en el cerebro de Annie cuando estaba sentada en mi sala de espera el primer día: su detector de humo, la amígdala, había sido reprogramada para interpretar ciertas situaciones como señales de un peligro mortal, y estaba enviando señales urgentes a su cerebro de la supervivencia para luchar, paralizarse o huir. Annie tenía todas esas reacciones simultáneamente; estaba visiblemente agitada y mentalmente apagada.

Como hemos visto, los sistemas de alarma se pueden manifestar de varias maneras, y si nuestro detector de humo no funciona bien, no podemos confiar en la precisión de nuestras percepciones. Por ejemplo, cuando empecé a gustarle a Annie, comenzó a tener ganas de venir a la visita, pero llegaba a mi consulta con un pánico intenso. Un día tuvo un *flashback* en el que se sentía emocionada porque su padre había llegado pronto a casa, pero luego esa tarde abusó sexualmente de ella. Por primera vez, se dio cuenta de que su mente asociaba automáticamente este tipo de emoción al ver a alguien a quien quería con el terror de que abusase de ella.

Los niños pequeños son especialmente expertos en almacenar las experiencias en compartimentos, de modo que el amor natural de Annie hacia

su padre y el temor a sus abusos estaban guardados en estados de conciencia separados. Como adulta, Annie se culpaba de sus abusos, porque creía que esa niña cariñosa y vigorosa que fue antaño dio falsas esperanzas a su padre, que fue ella quien se buscó los abusos. Su mente racional le decía que eso no tenía ningún sentido, pero su creencia emanaba de lo más profundo de su cerebro de supervivencia emocional, de lo más básico de su sistema límbico. Esto no cambiaría hasta que se sintiera suficientemente segura dentro de su cuerpo para volver conscientemente a esa experiencia y saber verdaderamente qué había sentido esa niña pequeña y cómo había actuado durante el abuso.

LA INSENSIBILIZACIÓN INTERIOR

Una de las maneras en las que se almacena el recuerdo de la impotencia es en forma de tensión muscular o de sensación de desintegración en la parte afectada del cuerpo: cabeza, espalda y extremidades en las víctimas de accidentes, la vagina y el recto en las víctimas de abuso sexual. La vida de muchos supervivientes de traumas acaba girando en torno a la lucha y a la neutralización de unas experiencias sensoriales indeseadas, y muchas de las personas que veo en mi consulta se han vuelto expertas en esta insensibilización. Pueden convertirse en obesas o anoréxicas o adictas al ejercicio o al trabajo. Al menos la mitad de todas las personas traumatizadas intenta atenuar su mundo interior intolerable con drogas o alcohol. El otro lado de la moneda de esta insensibilización es la búsqueda de sensaciones. Muchas personas se cortan para que la insensibilización desaparezca, mientras que otras prueban con cosas como el puenting o realizan actividades de alto riesgo como la prostitución o el juego. Cualquiera de estos métodos puede aportarles una falsa y paradójica sensación de control.

Cuando la gente está enfadada o asustada de manera crónica, la tensión muscular constante acaba provocando espasmos, dolor de cabeza, cefaleas con migraña, fibromialgia y otras formas de dolor crónico. Pueden visitar a múltiples especialistas, realizar completas pruebas diagnósticas y tomar múltiples medicaciones, algunas de las cuales puede que les aporten un alivio temporal, pero nada de ello logrará resolver los problemas subyacentes. Su diagnóstico terminará definiendo su realidad sin haber sido nunca identificado como un síntoma de su intento de lidiar con el trauma.

Los primeros dos años de mi terapia con Annie se centraron en ayudarla a

aprender a tolerar sus sensaciones físicas por lo que eran: solo sensaciones en el presente, con un principio, una parte central y un final. Trabajamos en ayudarla a mantenerse suficientemente tranquila para prestar atención a lo que sentía sin juzgarlo, para que pudiera observar aquellas imágenes y sentimientos involuntarios como residuos de un terrible pasado y no como unas amenazas interminables para su vida actual.

Pacientes como Annie nos retan constantemente a encontrar nuevas maneras de ayudar a la gente a regular su activación y controlar su propia fisiología. Así es como mis compañeros del Trauma Center y yo dimos con el yoga.

ENCONTRAR EL CAMINO HACIA EL YOGA: REGULACIÓN DE ABAJO HACIA ARRIBA

Nuestro trabajo con el yoga empezó en 1998 cuando Jim Hopper y yo escuchamos hablar por primera vez de un nuevo marcador biológico, la variabilidad del ritmo cardiaco (VRC), de la que se había descubierto recientemente que era una buena medición del funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Como recordará del capítulo 5, el sistema nervioso autónomo es el sistema de supervivencia más elemental de nuestro cerebro, con dos ramas que regulan la activación de todo el cuerpo. *Grosso modo*, el sistema nervioso simpático (SNS) usa sustancias químicas como la adrenalina para alimentar al cuerpo y al cerebro para que actúen, mientras que el sistema nervioso parasimpático (SNP) usa la acetilcolina para regular las funciones corporales básicas como la digestión, la curación de las heridas, y los ciclos de sueño y de ensoñación. Cuando estamos en la mejor forma, estos dos sistemas funcionan estrechamente para mantenernos en ese estado óptimo de interacción con nuestro entorno y con nosotros mismos.

La variabilidad del ritmo cardiaco mide el equilibrio relativo entre los sistemas simpático y parasimpático. Cuando inspiramos, estimulamos el SNS, lo cual resulta en un aumento del ritmo cardiaco. Las expiraciones estimulan el SNP, reduciendo los latidos del corazón. En las personas sanas, las inspiraciones y expiraciones producen unas fluctuaciones constantes y rítmicas del ritmo cardiaco: una buena variabilidad del ritmo cardiaco es una medición del bienestar básico.

¿Por qué la VRC es importante? Cuando nuestro sistema nervioso autónomo está bien equilibrado, tenemos un grado razonable de control sobre

nuestra respuesta ante las frustraciones y decepciones menores, lo cual nos permite valorar tranquilamente qué está sucediendo cuando nos sentimos insultados o excluidos. La modulación efectiva de la activación nos da control sobre nuestros impulsos y emociones. Mientras logremos permanecer tranquilos, podemos elegir cómo queremos responder. Las personas con un sistema nervioso autónomo mal modulado se desequilibran fácilmente, tanto mental como físicamente. Como el sistema nervioso autónomo organiza la activación tanto en el cuerpo como en el cerebro, una mala VRC (es decir, la ausencia de fluctuación del ritmo cardiaco como respuesta a la respiración) no solo tiene efectos negativos en el pensamiento y en los sentimientos, sino también en la respuesta del cuerpo ante el estrés. La falta de coherencia entre la respiración y el ritmo cardiaco hace que la gente sea vulnerable a distintas enfermedades físicas, como la patología cardiaca y el cáncer, además de problemas mentales como la depresión y el TEPT.[2]

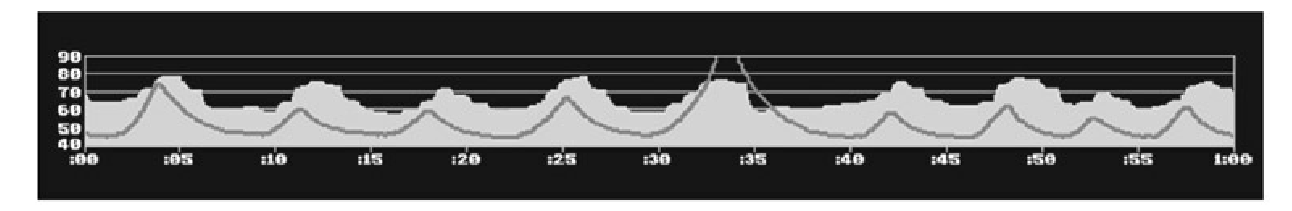
Para estudiar más a fondo esta cuestión, adquirimos una máquina para medir la VRC y empezamos a colocar bandas alrededor del tórax de sujetos de nuestros estudios con y sin TEPT para registrar la profundidad y el ritmo de su respiración mientras que pequeños monitores unidos a los lóbulos de sus orejas registraban su pulso. Tras examinar a unos sesenta sujetos, quedaba claro que las personas con TEPT tienen una VRC inusualmente baja. En otras palabras, en el TEPT el sistema nervioso simpático y el parasimpático no están sincronizados.[3] Esto añadía un nuevo giro a la complicada historia del trauma: confirmamos que otro sistema regulador cerebral no funcionaba como debía.[4] La imposibilidad de mantener este sistema en equilibrio es una explicación de por qué la gente traumatizada como Annie es tan vulnerable a responder excesivamente ante un estrés relativamente menor: los sistemas biológicos que se supone que deben ayudarnos a lidiar con los antojos de la vida no logran ese reto.

Nuestra siguiente pregunta científica era: ¿hay forma de que la gente mejore su VRC? Yo tenía una motivación personal para explorar esta pregunta, porque descubrí que mi VRC no era suficientemente robusta para garantizar una salud física a largo plazo. En una búsqueda por Internet vi estudios que demostraban que correr maratones aumentaba notablemente la VRC. Tristemente, eso no era de mucha utilidad, porque ni mis pacientes ni yo éramos buenos candidatos a correr la maratón de Boston.

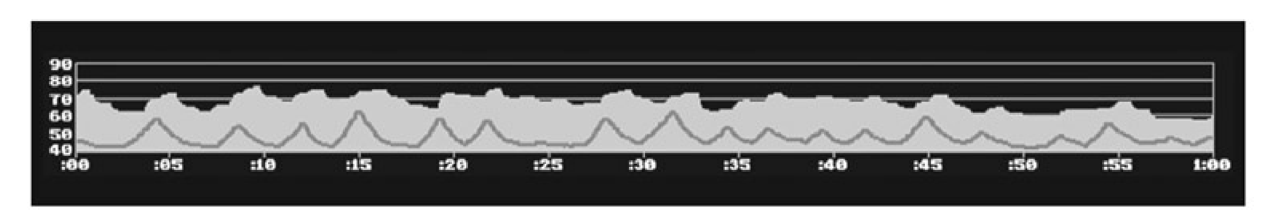
Google también enumeró 17.000 sitios sobre yoga que afirmaban que el yoga mejoraba la VRC, pero fuimos incapaces de encontrar ningún estudio

que lo confirmara. Puede que los yoguis hayan desarrollado un método maravilloso para ayudar a la gente a encontrar su equilibrio interior y su salud, pero en 1998 no había muchos trabajos que evaluaran sus afirmaciones con las herramientas de la tradición médica occidental.

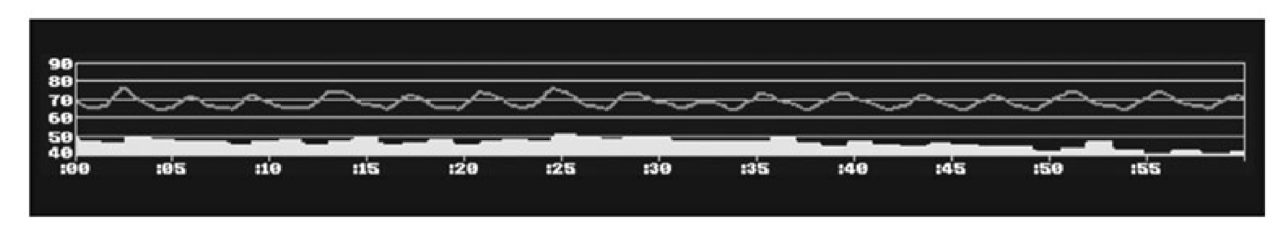
Desde entonces, sin embargo, algunos métodos científicos han confirmado que cambiando la forma de respirar podemos mejorar los problemas de ira, depresión y ansiedad,[5] y que el yoga puede tener un impacto positivo en diferentes problemas médicos como la hipertensión arterial, la secreción elevada de hormonas del estrés,[6] el asma y el dolor lumbar.[7] Sin embargo, ninguna revista de psiquiatría había publicado ningún estudio científico sobre el yoga para el TEPT hasta que publicamos nuestro propio estudio en 2014.[8]



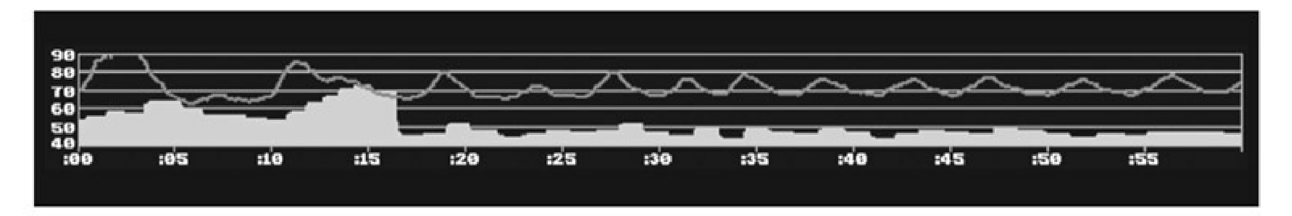
Variabilidad del ritmo cardiaco (VRC) de una persona bien regulada. Las líneas negras ascendientes y descendientes representan la respiración, en este caso inspiraciones y expiraciones lentas y regulares. El área gris muestra las fluctuaciones del ritmo cardiaco. Cuando la personas inspira, el ritmo cardiaco sube; durante las espiraciones, el corazón late más lento. Este patrón de variabilidad del ritmo cardiaco refleja una salud fisiológica excelente.



Respuesta al malestar. Cuando alguien recuerda una experiencia angustiante, la respiración se acelera y se vuelve irregular, igual que el ritmo cardiaco. El corazón y la respiración dejan de estar perfectamente sincronizados. Es una respuesta normal.



VRC en el TEPT. La respiración es rápida y superficial. El ritmo cardiaco es lento y no está sincronizado con la respiración. Es el patrón típico de persona desconectada con TEPT crónico.



Persona con TEPT crónico reviviendo el recuerdo de un trauma. Inicialmente, la respiración es dificultosa y profunda, típica de una reacción de pánico. El corazón se acelera y pierde la sincronía con la respiración. Después, una respiración rápida y superficial y un ritmo cardiaco lento son señales de que la persona está desconectándose.

Mientras tanto, unos días después de nuestra búsqueda por Internet, un larguirucho profesor de yoga llamado David Emerson entró por la puerta de nuestro Trauma Center. Nos dijo que había desarrollado una forma modificada del hatha yoga para lidiar con el TEPT y que había estado dando clases a veteranos en un centro de veteranos local y a mujeres del Centro de Crisis contra la Violación del área de Boston. ¿Nos interesaba trabajar con él? La visita de Dave desembocó finalmente en un programa de yoga muy activo, y en su momento recibimos la primera subvención de los Institutos Nacionales de Salud para estudiar los efectos del yoga sobre el TEPT. El trabajo de Dave también contribuyó al desarrollo de mi propia práctica regular de yoga y en mi participación como profesor en Kripalu, un centro de yoga en las montañas de Berkshire al oeste de Massachusetts (de paso, mi VRC también mejoró).

Al optar por explorar el yoga para mejorar la VRC, estábamos adoptando un enfoque expansivo sobre el problema. Habríamos podido simplemente usar alguno de los dispositivos manuales de precio razonable que enseñan a la gente a respirar más lentamente y a sincronizar la respiración con el ritmo cardiaco, lo que daría como resultado un estado de «coherencia cardiaca» como el patrón que aparece en la primera ilustración anterior.[9] Hoy en día existen varias aplicaciones que pueden ayudar a mejorar la VRC con la ayuda de un *smartphone*.[10] En nuestra clínica tenemos estaciones de trabajo en las que nuestros pacientes pueden entrenar su VRC, y yo mismo animo a aquellos pacientes que, por un motivo u otro, no pueden practicar yoga, artes marciales o qigong, a entrenar en casa (véase «Recursos» para más información).

EXPLORAR EL YOGA

Nuestra decisión de estudiar yoga nos llevó a adentrarnos más profundamente en el impacto del trauma sobre el cuerpo. Nuestras primeras clases experimentales de yoga las impartíamos en una sala prestada generosamente por un estudio cercano. David Emerson y sus compañeros Dana Moore y Jodi Carey se ofrecieron como instructores, y mi equipo de investigación analizó cómo podíamos medir mejor los efectos del yoga en el funcionamiento psicológico. Pusimos trípticos en los supermercados del barrio y en las lavanderías automáticas para publicitar nuestras clases y entrevistamos a docenas de personas que llamaron. Al final, seleccionamos a treinta y siete mujeres que tenían historiales de trauma graves y que ya habían recibido varios años de terapia sin grandes beneficios. La mitad de los voluntarios se seleccionaron aleatoriamente para el grupo de yoga, mientras que los otros recibirían un tratamiento de salud mental bien establecido, la terapia conductual dialéctica (TCD), que enseña a la gente a aplicar la concienciación para permanecer tranquila y mantener el control. Finalmente, pedimos a un ingeniero del MIT que nos construyera un complicado ordenador que pudiera medir la VRC simultáneamente en ocho personas diferentes (en cada grupo del estudio había múltiples clases, cada una con ocho participantes como máximo). Aunque el yoga mejoró significativamente los problemas de activación en el TEPT y mejoró drásticamente la relación de nuestros sujetos con su cuerpo («Ahora cuido mi cuerpo»; «Escucho lo que mi cuerpo necesita»), ocho semanas de TCD no afectaron sus niveles de activación ni sus síntomas de TEPT. Por lo tanto, nuestro interés por el yoga poco a poco fue evolucionando, de aprender si el yoga podía cambiar la VRC (afirmativo)[11] a ayudar a personas traumatizadas a aprender a vivir cómodamente en sus cuerpos torturados.

Con el tiempo, también empezamos un programa de yoga para marines en el Camp Lejeune y hemos trabajado satisfactoriamente con otros programas diferentes para implementar programas de yoga para veteranos con TEPT. Aunque no tenemos datos de investigaciones formales con veteranos, el yoga parece ser como mínimo igual de efectivo para ellos que para las mujeres de nuestros estudios.

Todos los programas de yoga consisten en una combinación de prácticas respiratorias *(pranayama)*, estiramientos o posturas *(asanas)* y meditación. Diferentes escuelas de yoga destacan variaciones de intensidad y de enfoque dentro de estos componentes centrales. Por ejemplo, las variaciones de velocidad y profundidad de respiración y el uso de la boca, las fosas nasales y

la garganta producen diferentes resultados, y algunas técnicas tienen potentes efectos sobre la energía.[12] En nuestras clases, optamos por un enfoque simple. Muchos de nuestros pacientes no son conscientes de su respiración, así que aprender a centrarse en la inspiración y la espiración, observar si la respiración es rápida o lenta, y contar las respiraciones en algunas poses puede ser un logro significativo.[13]

Introducimos gradualmente un número reducido de posturas. El objetivo no es hacer «bien» las posturas, sino ayudar a los participantes a notar qué músculos están activos en diferentes momentos. Las secuencias se diseñan para crear un ritmo entre tensión y relajación, algo que esperamos que empiecen a percibir en su vida diaria.

No enseñamos meditación como tal, pero fomentamos la concienciación animando a los estudiantes a observar lo que está sucediendo en diferentes partes de su cuerpo de una pose a otra. En nuestros estudios, seguimos viendo lo difícil que es para las personas traumatizadas sentirse completamente relajadas y físicamente seguras en su cuerpo. Medimos la VRC de nuestros sujetos colocando diminutos monitores en sus brazos durante el *shavasana*, la postura al final de la mayoría de las clases durante la cual los participantes están echados cara arriba, con las palmas hacia arriba, y con los brazos y las piernas relajados. En lugar de relajación, captábamos demasiada actividad muscular para obtener una señal clara. En lugar de entrar en un estado de reposo tranquilo, los músculos de nuestros estudiantes a menudo siguen preparándoles para luchar contra enemigos invisibles. Uno de los grandes retos en la recuperación de un trauma es ser capaz de lograr un estado de total relajación y de rendición segura.

APRENDER A AUTORREGULARSE

Tras el éxito de nuestros estudios piloto, establecimos un programa de yoga terapéutico en el Trauma Center. Pensé que podía ser una oportunidad para que Annie desarrollara una relación más afectuosa con su cuerpo, y la animé a probarlo. La primera clase fue difícil. El simple hecho de que el instructor le hiciera alguna adaptación le resultaba tan aterrador que volvía a casa y se cortaba (su sistema de alarma defectuoso interpretó un toque amable en la espalda como un ataque). Al mismo tiempo, Annie se dio cuenta de que el yoga le podía ofrecer una manera de liberarse de la sensación constante de peligro que sentía en su cuerpo. Gracias a mi insistencia, volvió la semana

siguiente.

A Annie siempre le había parecido más fácil escribir sobre sus experiencias que hablar sobre ellas. Después de la segunda clase de yoga, me escribió: «No conozco todas las razones por las que el yoga me aterroriza tanto, pero sí que sé que será una increíble fuente de sanación para mí y por eso estoy trabajando conmigo misma para intentarlo. El yoga consiste en mirar hacia el interior, en lugar de hacia el exterior, y escuchar a mi cuerpo, y gran parte de mi supervivencia se ha movido en torno a no hacer nada de esto. Mientras me dirigía a la clase de hoy, el corazón me latía a gran velocidad y parte de mí realmente quería dar la vuelta, pero luego simplemente seguí poniendo un pie delante del otro hasta que llegué a la puerta y entré. Tras la clase, fui a casa y dormí cuatro horas. Esta semana he intentado hacer yoga en casa y lo que me vino a la mente fue “Tu cuerpo tiene cosas que decir”. Y yo me respondí: “Intentaré escuchar”».

Al cabo de unos días, Anne escribió: «Algunos pensamientos durante y después del yoga hoy. Se me ocurrió lo desconectada que debo de estar de mi cuerpo cuando me corto. Cuando estaba haciendo las posturas, me di cuenta de que la mandíbula y toda la zona donde terminan las piernas hasta el ombligo es donde estoy tensa, es donde conservo el dolor y los recuerdos. A veces me he preguntado dónde siento las cosas, pero no podía ni empezar a localizarlas; sin embargo, hoy he sentido esos lugares con mucha claridad y me han entrado ganas de llorar de un modo calmado».

Al mes siguiente los dos nos fuimos de vacaciones y, al invitarla a seguir en contacto, Annie me volvió a escribir: «He estado haciendo yoga por mi cuenta en una sala que da a un lago. Sigo leyendo el libro que me prestó [el fantástico libro de Stephen Cope *Yoga and the Quest for the True Self*]. Es realmente interesante pensar en cuánto me he estado negando a escuchar a mi cuerpo, que es una parte muy importante de quien soy. Ayer, cuando hice yoga, pensé en dejar que mi cuerpo me contara la historia que quiero contar y en las posturas de apertura de la cadera sentí mucho dolor y tristeza. No creo que mi mente deje que emerjan imágenes realmente vívidas mientras esté lejos de casa, lo cual está bien. Ahora pienso en lo desequilibrada que he estado y en cuánto he intentado negar el pasado, que forma parte de mi yo verdadero. Hay mucho que aprender si me abro a él, y ya no tendré que luchar conmigo misma cada minuto de cada día».

Una de las posiciones de yoga más difíciles de tolerar para Annie era la llamada *Bebé feliz*, en la que nos tumbamos en el suelo con las rodillas muy

flexionadas y las plantas de los pies hacia el techo, mientras nos sujetamos los dedos de los pies con las manos. Esto hace rotar la pelvis en una posición totalmente abierta. Es fácil comprender por qué esta pose hace que las víctimas de una violación se sientan extremadamente vulnerables. Sin embargo, mientras la postura del Bebé feliz (y cualquiera que se le parezca) precipite un pánico intenso, es difícil mantener relaciones íntimas. Aprender a asumir cómodamente el Bebé feliz es un reto para muchos de nuestros pacientes en nuestras clases de yoga.

LLEGAR A CONOCERNOS: CULTIVAR LA INTEROCEPCIÓN

Una de las lecciones más claras de la neurociencia contemporánea es que nuestra percepción sobre nosotros mismos está anclada en una conexión vital con nuestro cuerpo.[14] No nos conocemos totalmente a nosotros mismos mientras no podamos sentir e interpretar nuestras sensaciones físicas; necesitamos registrar y actuar sobre la base de esas sensaciones para navegar de forma segura por la vida.[15] Aunque la insensibilización (o la búsqueda de sensaciones compensatorias) pueda hacer que la vida sea tolerable, el precio que pagamos es que perdemos la conciencia de lo que sucede en nuestro cuerpo y, con ello, la sensación de estar total y sensorialmente vivos.

En el capítulo 6, hablé de la alexitimia, el término técnico que describe el no ser capaz de identificar lo que sucede en nuestro interior.[16] Las personas que sufren alexitimia suelen sentirse incómodas físicamente, pero no pueden describir exactamente cuál es el problema. Como resultado, suelen tener múltiples dolencias físicas difusas y angustiantes que los médicos no pueden diagnosticar. Además, no pueden entender por sí mismas lo que sienten realmente ante cualquier situación determinada o qué les hace sentirse mejor o peor. Este es el resultado de la insensibilización, que les impide anticiparse y responder a las peticiones normales de su cuerpo de un modo tranquilo y consciente. Al mismo tiempo, reduce el deleite sensorial cotidiano de placeres como la música, el tacto y la luz, que impregnan de valor la vida. El yoga resultó ser una manera fantástica de restablecer la relación con su mundo interior y, con ella, una relación afectuosa, amorosa y sensorial con el yo.

Si no somos conscientes de lo que nuestro cuerpo necesita, no podemos cuidar de él. Si no sentimos hambre, no podemos alimentarnos. Si

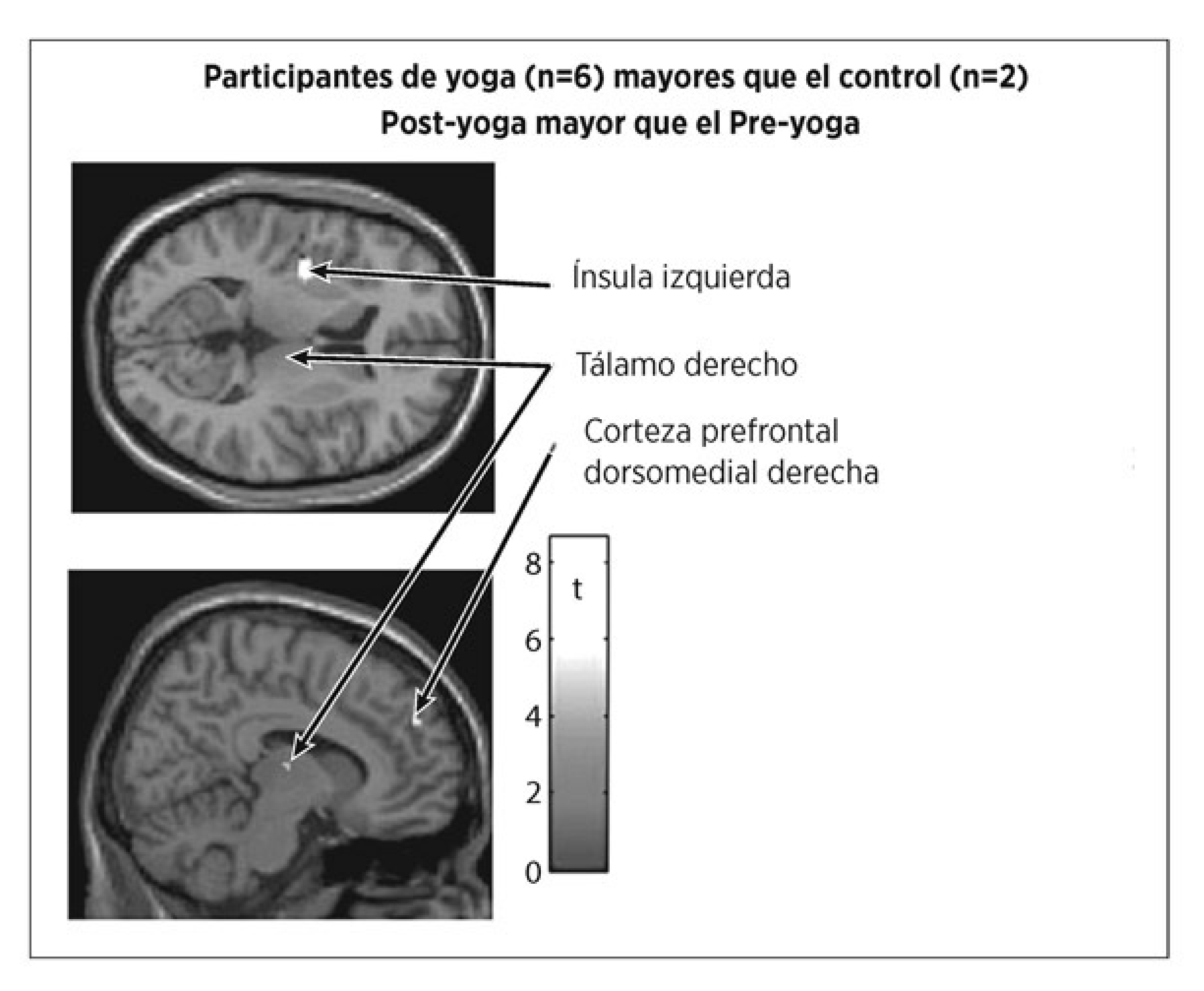
confundimos la ansiedad con el hambre, seguramente comeremos demasiado. Y si no sentimos cuándo estamos saciados, seguiremos comiendo. Por eso cultivar la conciencia sensorial es un aspecto tan crítico de la superación del trauma. La mayoría de las terapias tradicionales restan importancia o ignoran los cambios que se producen momento a momento en nuestro mundo sensorial interior. Pero estos cambios transportan la esencia de las respuestas del organismo: los estados emocionales que están grabados en el perfil químico del cuerpo, en las vísceras, en la contracción de los músculos estriados del rostro, la garganta, el tronco y las extremidades.[17] Las personas traumatizadas deben aprender que pueden tolerar sus sensaciones, hacerse amigas de sus experiencias interiores y cultivar nuevos patrones de acción.

En el yoga, centramos la atención en la respiración y en nuestras sensaciones momento a momento. Empezamos observando la conexión entre las emociones y nuestro cuerpo, quizás cómo la ansiedad al realizar una pose en realidad nos desequilibra. Empezamos experimentando con el hecho de cambiar cómo nos sentimos. ¿Respirar profundamente aliviará la tensión que sentimos en el hombro? ¿Centrarnos en las expiraciones nos producirá una sensación de calma?[18]

El hecho de observar simplemente lo que sentimos fomenta la regulación emocional, y nos ayuda a dejar de intentar de ignorar lo que sucede en nuestro interior. Como suelo decir a mis estudiantes, las dos frases más importantes en la terapia, como en el yoga, son «Preste atención a esto» y «¿Qué sucede a continuación?». Cuando empezamos a considerar nuestro cuerpo con curiosidad en lugar de con miedo, todo cambia.

La conciencia corporal también cambia nuestra percepción del tiempo. El trauma nos hace sentir que estamos atrapados para siempre en un estado impotente de horror. En el yoga, aprendemos que las sensaciones tienen un pico y luego bajan. Por ejemplo, si un instructor nos invita a realizar una postura especialmente difícil, primero podemos sentir una sensación de derrota o resistencia, anticipando que no podremos tolerar los sentimientos desencadenados por esa posición concreta. Un buen maestro de yoga nos animará simplemente a observar cualquier tensión mientras medimos lo que sentimos con el flujo de nuestra respiración. «Mantendremos esta posición durante diez respiraciones». Esto nos ayuda a anticipar el final del malestar y refuerza nuestra capacidad de lidiar con la angustia física y emocional. Ser conscientes de que todas las experiencias son transitorias cambia la perspectiva sobre nosotros mismos.

Esto no significa que recuperar la interocepción no sea potencialmente angustiante. ¿Qué sucede cuando una nueva sensación que experimentamos en el pecho se percibe como rabia, miedo o ansiedad? En nuestro primer estudio sobre el yoga, tuvimos una tasa de abandono del 50 %, la más alta de cualquier estudio de los que hemos realizado. Cuando entrevistamos a los pacientes que abandonaron, nos dijeron que el programa les había parecido demasiado intenso: cualquier postura que implicara la pelvis les desencadenaba un pánico intenso o incluso *flashbacks* de ataques sexuales. Las sensaciones físicas intensas liberaban los demonios del pasado, que habían sido mantenidos minuciosamente a raya mediante la insensibilización y el no prestarles atención. Esto nos enseñó que debíamos ir lentamente, a menudo a paso de caracol. Este enfoque valió la pena: en nuestro estudio más reciente, solo 1 de 34 participantes no lo terminó.



Efectos de una clase de yoga semanal. Tras 20 semanas, las mujeres con trauma crónico desarrollaron una mayor activación de las estructuras cerebrales críticas implicadas en la autorregulación: la ínsula y la corteza prefrontal medial.

EL YOGA Y LA NEUROCIENCIA DEL AUTOCONOCIMIENTO

En los últimos años, investigadores del cerebro como mis compañeras Sara Lazar y Britta Hölzel de Harvard han demostrado que la meditación intensiva tiene un efecto positivo exactamente sobre esas áreas cerebrales que son cruciales para la autorregulación fisiológica.[19] En nuestro último estudio sobre el yoga, con seis mujeres con historiales de trauma temprano profundo, también descubrimos las primeras indicaciones de que veinte semanas de práctica de yoga aumentan la activación del sistema básico del yo, la ínsula y la corteza prefrontal medial (véase el capítulo 6). Esta investigación requiere mucho más trabajo, pero abre nuevas perspectivas sobre cómo las acciones que implican prestar atención y hacernos amigos de las sensaciones de nuestro cuerpo pueden producir unos cambios profundos tanto en la mente como en el cerebro, los cuales pueden llevarnos a superar el trauma.

Después de cada uno de nuestros estudios sobre el yoga, preguntamos a los participantes qué efecto habían tenido las clases en ellos. Nunca mencionamos la ínsula ni la interocepción; de hecho, dijimos y explicamos lo mínimo para que pudieran centrarse en su interior.

He aquí algunas de sus respuestas:

- «Siento que mis emociones son más potentes. Quizás es solo que ahora sé reconocerlas».
- «Puedo expresar más mis sentimientos porque puedo reconocerlos más. Los siento en mi cuerpo, los reconozco y los abordo».
- «Ahora veo opciones, múltiples caminos. Puedo decidir y elegir mi vida, no debo repetirla ni experimentarla como un niño».
- «Fui capaz de mover mi cuerpo y de estar en mi cuerpo en un lugar seguro sin hacerme daño y sin que me hicieran daño».

APRENDER A COMUNICAR

La gente que se siente segura en su cuerpo puede empezar a traducir en palabras los recuerdos que antes la abrumaban. Cuando Annie llevaba practicando yoga tres veces a la semana durante aproximadamente un año, se dio cuenta de que podía hablarme más libremente sobre lo que le había

pasado. Le parecía algo milagroso. Un día derramó un vaso de agua. Cuando me levanté de la silla y me acerqué con un paquete de Kleenex diciéndole «Déjame limpiar esto», tuvo una reacción de pánico breve e intensa. Sin embargo, rápidamente pudo contenerse y explicar por qué esas palabras en concreto la alteraban tanto: es lo que dijo su padre después de violarla. Annie me escribió después de esa sesión: «¿Se ha dado cuenta de que he sido capaz de decir las palabras en voz alta? No he tenido que escribir lo que estaba pasando para poder contárselo. No perdí la confianza en usted aunque hubiera dicho esas palabras desencadenantes. Entendí que eran un detonante y no palabras terribles que no se puedan decir».

Annie sigue practicando yoga y escribiéndome sobre sus experiencias: «Hoy he ido a una clase matinal de yoga en mi nuevo estudio. La maestra ha hablado de respirar hasta el máximo que podamos y luego prestar atención a ese máximo. Dijo que si observamos nuestra respiración estamos en el presente, porque no podemos respirar en el futuro ni en el pasado. Me pareció sorprendente estar practicando la respiración de esa forma después de que habláramos de ello, me pareció como un regalo. Algunas de las posturas son detonantes para mí. Dos las hemos hecho hoy: una en la que tienes las piernas hacia arriba como una rana y otra en la que realizas respiraciones profundas hasta la pelvis. Noté el inicio del pánico, especialmente en la postura de la respiración, como diciendo “Oh, no, esta no es precisamente la parte del cuerpo que quiero sentir”. Pero luego, pude detenerlo y decir: “Observa que esta parte de tu cuerpo está conteniendo unas experiencias” y luego lo dejé fluir. No tienes que quedarte aquí, pero tampoco debes marcharte, simplemente úsalo como información. No sé si antes lo había podido hacer de un modo tan consciente. Me hizo pensar que si presto atención sin tener tanto miedo me será más fácil creer en mí misma».

En otro mensaje, Annie reflexionaba sobre los cambios en su vida: «Poco a poco he aprendido a simplemente sentir mis sentimientos, sin quedar secuestrada por ellos. La vida es más manejable: estoy más sintonizada con mi día a día y más presente en el momento. Tolero mejor el contacto físico. Mi marido y yo disfrutamos viendo películas acurrucados en la cama…, un gran paso. Todo esto finalmente me ha ayudado en las relaciones íntimas con mi marido».

CAPÍTULO 17

UNIR LAS PIEZAS: AUTOLIDERAZGO

> Este ser humano es una pensión. Cada mañana se produce una nueva llegada. Una alegría, una depresión, una mezquindad, una conciencia momentánea que llega como visitante inesperado… Démosles la bienvenida y entretengámoslos a todos. Tratemos a nuestros invitados honradamente. El pensamiento oscuro, la vergüenza, la mezquindad, debemos recibirlos a todos en la puerta sonriendo, y debemos invitarlos a entrar. Seamos agradecidos por todo aquel que venga, porque cada uno ha sido enviado como guía desde el más allá.
>
> - Rumi

> Un hombre tiene tantos yoes sociales como personas que le reconozcan.
>
> - William James, *The Principles of Psychology*

Estaba al principio de mi carrera y llevaba unos tres meses visitando a Mary, una joven tímida, solitaria, físicamente derrumbada en una psicoterapia semanal, lidiando con los terribles estragos de sus maltratos

tempranos. Un día, abría la puerta de mi sala de espera y la vi sentada allí de manera provocativa, con una minifalda, el pelo teñido de rojo pasión, con una taza de café en una mano y una expresión gruñona en el rostro: «Usted debe de ser el doctor van der Kolk –dijo–. Me llamo Jane, y he venido a avisarle de que no debe creerse ninguna de las mentiras que Mary le ha estado contando. ¿Puedo entrar y hablarle sobre ella?». Me quedé pasmado, pero afortunadamente pude retenerme de enfrentarme a «Jane» y en lugar de eso la escuché. Durante la sesión, no solo conocí a Jane sino también a una niña pequeña herida y a un chico adolescente enfadado. Fue el principio de un largo y productivo tratamiento.

Mary fue mi primer contacto con el trastorno de identidad disociativo (TID), que en aquella época se conocía como trastorno de personalidad múltiple. Por muy dramáticos que sean sus síntomas, la división interior y la emergencia de diferentes personalidades que se experimentan en el TID representan solo el extremo del espectro de la vida mental. La sensación de estar habitado por unos impulsos o unas partes enfrentadas es habitual en todos nosotros, pero especialmente en las personas traumatizadas que tienen que recurrir a unas medidas extremas para sobrevivir. Explorar esas partes (e incluso hacerse amigo de ellas) es un componente importante de la curación.

LOS MOMENTOS DESESPERADOS REQUIEREN MEDIDAS DESESPERADAS

Todos sabemos qué sucede cuando nos sentimos humillados: ponemos toda nuestra energía en protegernos, desarrollando todas las estrategias de supervivencia que podemos. Podemos reprimir nuestros sentimientos; podemos ponernos furiosos y planear una venganza. Podemos decidir volvernos tan poderosos y triunfadores que nadie pueda volver a hacernos daño. Muchos comportamientos que están clasificados como problemas psiquiátricos, incluidas algunas obsesiones, compulsiones y ataques de pánico, así como la mayoría de los comportamientos autodestructivos, empezaron como estrategias de autoprotección. Estas adaptaciones al trauma pueden interferir tanto con la capacidad de funcionar bien que los profesionales sanitarios y los propios pacientes suelen creer que la recuperación total está fuera de su alcance. Ver estos síntomas como discapacidades permanentes reduce el enfoque del tratamiento a encontrar la pauta farmacológica adecuada, lo cual puede provocar una dependencia que

dure toda la vida, como si los supervivientes de traumas fueran como pacientes renales bajo diálisis.[1]

Es mucho más productivo ver la agresividad o la depresión, la arrogancia o la pasividad como comportamientos aprendidos: en algún momento, el paciente acabó creyendo que solo podía sobrevivir siendo duro, invisible o estando ausente, o que era más seguro rendirse. Como los recuerdos traumáticos que se van colando hasta que se les pone fin, las adaptaciones traumáticas siguen hasta que el organismo humano se siente seguro e integra todas las partes de sí mismo que están atrapadas en la lucha o en mantener a raya el trauma.

Todos los supervivientes de traumas que he conocido son resilientes a su propia manera, y es asombroso ver cómo la gente se enfrenta a cada una de sus historias. Saber cuánta energía requiere el mero acto de sobrevivir hace que no me sorprenda el precio que suelen pagar: la ausencia de una relación afectuosa con su propio cuerpo, mente y alma.

Sobrellevar el trauma se cobra su peaje. Para muchos niños, es más seguro odiarse a sí mismos que poner en riesgo su relación con sus cuidadores expresando ira o escapándose. Como resultado, es probable que los niños maltratados crezcan creyendo que son odiosos; es la única manera en que sus jóvenes mentes pueden explicarse por qué los tratan tan mal. Sobreviven negando, ignorando y dividiendo grandes porciones de realidad: olvidan el maltrato, suprimen su rabia o desesperación, insensibilizan sus sensaciones físicas. Si nos han maltratado de pequeños, es probable que tengamos una parte infantil dentro de nosotros congelada en el tiempo, sujeta a este tipo de odio hacia nosotros mismos y esta negación. Muchos adultos que sobreviven a experiencias terribles se ven atrapados en la misma trampa. Apartar de nosotros sentimientos intensos puede ser sumamente adaptativo a corto plazo. Puede ayudarnos a preservar nuestra dignidad e independencia; puede ayudarnos a mantener el enfoque en tareas críticas como salvar a un compañero, cuidar a nuestros hijos o reformar nuestra casa.

Los problemas llegan más tarde. Después de ver saltar por los aires a un amigo, un soldado puede volver a la vida civil e intentar sacarse esa experiencia de la cabeza. Una parte protectora de sí mismo sabe cómo ser competente en esta tarea y cómo seguir adelante con los compañeros. Pero puede que habitualmente monte en cólera con su novia o se quede insensibilizado y paralizado cuando rendirse al placer de su contacto le haga sentir que pierde el control. Probablemente no será consciente de que su

mente asocia automáticamente la rendición pasiva con la parálisis que sintió cuando su amigo murió. Así pues, entra en juego otra parte protectora para crear una distracción: se pone furioso y, sin tener ni idea de qué le ha hecho ponerse así, cree que está enfadado por algo que ha hecho su novia. Obviamente, si sigue estallando con ella (y con las novias subsiguientes), cada vez estará más y más aislado. Pero puede que nunca se dé cuenta de que una parte traumatizada se ve desencadenada por la pasividad y que otra parte, el jefe enfadado, entra en acción para proteger esa parte vulnerable. La terapia puede salvar la vida a la gente ayudando a esas partes a abandonar esas creencias extremas.

Como vimos en el capítulo 13, una tarea principal para superar un trauma es aprender a vivir con los recuerdos del pasado sin que nos abrumen en el presente. Pero la mayoría de los supervivientes, hasta los que están funcionando bien (incluso de un modo brillante) en algunos aspectos de su vida se enfrentan a otro reto, incluso mayor: reconfigurar un sistema cerebral/mental que fue construido para lidiar con lo peor. Del mismo modo que debemos revisar los recuerdos traumáticos para integrarlos, debemos revisar las partes de nosotros mismos que desarrollaron los hábitos defensivos que nos ayudaron a sobrevivir.

LA MENTE ES UN MOSAICO

Todos tenemos partes. Ahora mismo, a una parte de mí le apetece hacer una siesta; otra parte quiere seguir escribiendo. Una parte de mí, aún herida por un mensaje electrónico ofensivo, quiere contestar con un tono hiriente, mientras que otra parte diferente quiere quitarle importancia. La mayoría de las personas que me conocen han visto mis partes intensas, sinceras e irritables; algunas han conocido al perrito gruñón que vive en mi interior. Mis hijos recuerdan las vacaciones familiares con mis partes divertidas y aventureras.

Cuando entramos en la oficina por la mañana y vemos los nubarrones sobre la cabeza de nuestro jefe, sabemos exactamente lo que nos va a caer encima. Su parte enfadada tiene un tono de voz, un vocabulario y una postura corporal característicos, muy diferentes de ayer, cuando le enseñábamos fotografías de nuestros hijos. Las partes no son solo sentimientos, sino diferentes formas de ser, con sus propias creencias, agendas y funciones en la ecología global de nuestra vida.

Lo bien que nos llevemos con nosotros mismos depende en gran medida de nuestras capacidades internas de liderazgo (lo bien que escuchemos a nuestras diferentes partes, asegurándonos de que se sientan bien cuidadas, y evitando que se saboteen entre sí). Las partes suelen parecer absolutas cuando en realidad representan solo un elemento en una compleja constelación de pensamientos, emociones y sensaciones. Si Margaret espeta: «¡Te odio!» en medio de una pelea, Joe probablemente piense que le desprecia, y en ese momento Margaret puede estar de acuerdo. Pero, en realidad, solo una parte de ella está furiosa, y esa parte oscurece temporalmente sus sentimientos generosos y afectuosos, que pueden volver en cuanto ella vea la devastación en el rostro de Joe.

Todas las principales escuelas de psicología reconocen que las personas tienen subpersonalidades y les ponen diferentes nombres.[2] En 1890, William James escribió: «Debemos admitir que la posible consciencia total puede dividirse en partes que conviven pero que se ignoran mutuamente, y compartir entre ellas los objetos del conocimiento».[3] Carl Jung escribió: «La psique es un sistema autorregulador que mantiene su equilibrio igual que lo mantiene el cuerpo».[4] «El estado natural de la psique humana consiste en los empujones de sus componentes y en su comportamiento contradictorio»,[5] y «la reconciliación de esos opuestos es un gran problema. Por lo tanto, el adversario no es otro que "el otro en mí"».[6]

La neurociencia moderna ha confirmado esta noción de la mente como una especie de sociedad. Michael Gazzaniga, que realizó una investigación pionera sobre el cerebro disociado, concluyó que la mente está compuesta por módulos de funcionamiento semiautónomos, cada uno de los cuales tiene un papel especial.[7] En su libro *The Social Brain* (1985), escribe: «Pero ¿qué es de la idea de que el yo no es un ser unificado y de que dentro de nosotros pueden existir varios ámbitos de conciencia? De nuestros estudios [del cerebro disociado] emerge la nueva idea de que existen literalmente varios yos, que no "conversan" necesariamente entre sí internamente».[8] El científico del MIT Marvin Minsky, un pionero de la inteligencia artificial, declaró: «La leyenda del Yo único no puede más que distraernos del objetivo de esa búsqueda.[9] Puede tener sentido pensar que existe, dentro de nuestro cerebro, una sociedad de distintas mentes. Como los miembros de una familia, las diferentes mentes pueden trabajar juntas para ayudarse mutuamente, cada una manteniendo sus propias experiencias mentales que las demás nunca conocen».[10]

Los terapeutas que han sido formados para ver a los demás como seres humanos complejos con múltiples características y potencialidades pueden ayudarles a explorar su sistema de partes internas y cuidar las facetas heridas de sí mismos. Existen varios enfoques terapéuticos de este tipo, incluyendo el modelo de disociación estructural desarrollado por mis compañeros holandeses Onno van der Hart y Ellert Nijenhuis y Kathy Steel de Atlanta, que se practica ampliamente en Europa, y el trabajo de Richard Kluft en Estados Unidos.[11]

Tras veinte años trabajando con Mary, conocí a Richard Schwartz, creador de la terapia de los sistemas familiares internos (SFI). A través de su trabajo, la «metáfora» de la familia Minsky verdaderamente se hizo realidad para mí, ofreciéndome una manera sistemática de trabajar con las partes disociadas resultantes del trauma. En el centro de los SFI está la noción de que la mente de cada uno de nosotros es como una familia cuyos miembros tienen diferentes niveles de madurez, excitabilidad, sabiduría y dolor. Las partes forman una red o sistema en el que el cambio en una parte afecta a todas las demás.

El modelo de los SFI me ayudó a darme cuenta de que la disociación se produce en un continuo. En el trauma, el sistema del yo se avería, y las partes del yo se polarizan y entran en guerra mutuamente. La autoaversión convive (y lucha) con la pomposidad, la atención afectiva con el odio, la insensibilidad y la pasividad con la rabia y la agresividad. Estas partes extremas soportan la carga del trauma.

En los SFI, una parte se considera no solo un estado emocional pasajero o un patrón de pensamiento habitual, sino un sistema mental distinto con su propia historia, habilidades, necesidades y visión del mundo.[12] El trauma inyecta en las partes creencias y emociones que las secuestran de su estadio naturalmente valioso. Por ejemplo, todos tenemos partes que son infantiles y divertidas. Cuando nos maltratan, estas son las partes que más se dañan, y se quedan congeladas, sobrellevando el dolor, el terror y la traición de los malos tratos. Esta carga las convierte en tóxicas; son partes de nosotros mismos que debemos negar cueste lo que cueste. Como las tenemos encerradas dentro, los SFI las llaman las partes *exiliadas*.

En este punto, otras partes se organizan para proteger a la familia interior de las exiliadas. Estos protectores mantienen alejadas las partes tóxicas, pero al hacerlo se enfrentan a parte de la energía del abusador. Los *jefes* críticos y perfeccionistas pueden asegurarse de que nunca nos acerquemos a nadie o

nos hacen ser implacablemente productivos. Otro grupo de protectores, que los SFI llaman *los bomberos*, son los que responden en situaciones de emergencia, actuando impulsivamente en cuanto una experiencia desencadena una emoción exiliada.

Cada parte escindida posee diferentes recuerdos, creencias y sensaciones físicas; algunas albergan la culpabilidad, otras la rabia, algunas el placer y el entusiasmo, otras la intensa soledad o la obediencia abyecta. Todos estos son aspectos de la experiencia del maltrato. La noción crucial es que todas estas partes tienen una función: proteger al yo de sentir el terror total de la aniquilación.

Los niños que exteriorizan su dolor en lugar de mantenerlo encerrado suelen diagnosticarse con un «comportamiento desafiante oposicionista», un «trastorno del apego» o un «trastorno conductual». Pero estas etiquetas ignoran el hecho de que la rabia y el retraimiento son solo facetas de toda una serie de desesperados intentos por sobrevivir. Intentar controlar el comportamiento de un niño sin resolver el problema subyacente (los malos tratos) lleva a unos tratamientos que son inefectivos en el mejor de los casos y perjudiciales en el peor. Al crecer, sus partes no se integran espontáneamente en una personalidad coherente, sino que siguen llevando una existencia relativamente autónoma.

Las partes que están «fuera» pueden ser totalmente desconocedoras de las otras partes del sistema.[13] La mayoría de los hombres que he evaluado en relación con sus abusos sexuales infantiles por parte de sacerdotes católicos tomaban esteroides anabólicos y pasaban una cantidad desorbitada de tiempo en el gimnasio haciendo pesas. Estos culturistas compulsivos vivían en una cultura masculina del sudor, el futbol y la cerveza, del que la debilidad y el miedo quedaban minuciosamente ocultos. Solo una vez se sentían seguros conmigo me dejaban conocer al aterrorizado niño que tenían dentro.

A los pacientes también les pueden desagradar las partes que están «fuera»: las partes furiosas, destructivas o críticas. Pero los SFI ofrecen un marco para comprenderlas y también, algo importante, es que hablan de ellas de un modo que nos las vuelve patológicas. Reconocer que cada parte está bloqueada con cargas del pasado y respetar su función en el sistema global hace que se perciban como menos amenazantes y abrumadoras.

Como afirma Schwartz: «Si aceptamos la idea básica de que la gente tiene un impulso innato hacia alimentar su propia salud, esto implica que cuando la gente tiene problemas crónicos algo entorpece el acceso a sus recursos

internos. Si reconocemos esto, el papel de los terapeutas es colaborar en lugar de enseñar, confrontar o rellenar agujeros en nuestra psique».[14] El primer paso en esta colaboración es asegurar al sistema interno que todas las partes son bienvenidas y que todas ellas (incluso las que son suicidas o destructivas) se formaron en un intento por proteger al sistema del yo, por mucho que ahora parezcan amenazarlo.

AUTOLIDERAZGO

Los SFI reconocen que cultivar el autoliderazgo consciente es la base para superar un trauma. La conciencia no solo nos permite examinar nuestro paisaje interior con compasión y curiosidad, sino que también nos puede orientar hacia la dirección adecuada para el autocuidado. Todos los sistemas (las familias, las organizaciones o las naciones) solo pueden funcionar efectivamente si tienen un liderazgo claramente definido y competente. La familia interior no es distinta: todas las facetas de nosotros mismos deben ser atendidas. El líder interior debe distribuir sabiamente los recursos disponibles y proporcionar una visión del todo que tenga en cuenta todas las partes.

Como explica Richard Schwartz:

> *El sistema interno de una víctima de abusos difiere del sistema sin abusos con respecto a la ausencia constante de un liderazgo efectivo, las reglas extremas bajo las cuales funcionan las partes y la ausencia de equilibrio o armonía permanente. Generalmente, las partes operan en torno a suposiciones y creencias anticuadas derivadas del abuso infantil, creyendo, por ejemplo, que sigue siendo extremadamente peligroso revelar secretos sobre las experiencias infantiles vividas.*[15]

¿Qué sucede cuando el yo deja de estar al frente? Los SFI lo llaman «mezcla»: una situación en la que el Yo se identifica con una parte, como en «Quiero quitarme la vida» o «Te odio». Observe la diferencia con «Una parte de mí desea que estuviera muerta» o «Una parte de mi explota cuando haces esto y me da ganas de matarte».

Schwartz realiza dos afirmaciones que extienden el concepto de concienciación hasta el ámbito del liderazgo activo. La primera es que este Yo no necesita ser cultivado o desarrollado. Por debajo de la superficie de las

partes protectoras de los supervivientes de traumas existe una esencia indemne, un Yo que confía, que es curioso y está tranquilo, un Yo que ha sido protegido de la destrucción por los diferentes protectores que han emergido en sus esfuerzos para garantizar la supervivencia. Una vez que estos protectores confían en que es seguro separarse, el Yo emergerá espontáneamente, y las partes podrán participar en el proceso de sanación.

La segunda suposición es que, en lugar de ser un observador pasivo, este Yo consciente puede ayudar a reorganizar el sistema interior y comunicarse con las partes de un modo que ayude a esas partes a confiar en que existe alguien dentro capaz de manejar las cosas. De nuevo, la investigación neurocientífica demuestra que esto no es solo una metáfora. La concienciación aumenta la activación de la corteza prefrontal medial y reduce la activación de estructuras como la amígdala que desencadenan nuestras respuestas emocionales. Esto aumenta nuestro control sobre el cerebro emocional.

Más que fomentar una relación entre un terapeuta y un paciente indefenso, los SFI se centran en cultivar una relación interior entre el Yo y las diferentes partes protectoras. En este modelo de tratamiento, el Yo no solo es testigo u observador pasivo, como en algunas tradiciones meditativas, tiene un papel de liderazgo activo. El Yo es como un director de orquesta que ayuda a todas las partes a funcionar en armonía como una sinfonía y no como una cacofonía.

CONOCER EL PAISAJE INTERNO

La tarea del terapeuta es ayudar a los pacientes a separar esta mezcla confusa en entidades distintas, para que puedan decir: «Esta parte de mí es como un niño pequeño, y esta parte de mí es más madura pero se siente una víctima». Puede que no les gusten muchas de estas partes, pero identificarlas las convierte en menos intimidantes o abrumadoras. El siguiente paso es animar a los pacientes a simplemente pedir a cada parte protectora que emerja que «dé un paso atrás» temporalmente para poder ver qué está protegiendo. Cuando esto se hace una y otra vez, las partes empiezan a separarse del Yo y a dejar espacio para una autoobservación consciente. Los pacientes aprenden a poner freno a su miedo, rabia o repulsión y abrirse a estados de curiosidad y de autorreflexión. Desde la perspectiva estable del Yo, pueden iniciar unos diálogos interiores constructivos con sus partes.

Se pide a los pacientes que identifiquen la parte implicada en el problema actual, como sentirse inútil, abandonado u obsesionado con pensamientos vengativos. Al preguntarse «¿Qué parte dentro de mí se siente así?» puede que les venga una imagen a la mente.[16] Puede que la parte deprimida parezca un niño abandonado, o un hombre envejecido, o una enfermera agobiada cuidando a los heridos; una parte vengativa puede aparecer como un marine de combate o un miembro de una banda callejera.

Después, el terapeuta pregunta: «¿Cómo se siente con respecto a esta parte (triste, vengativa, aterrorizada) suya?». Esto prepara el camino para la autoobservación consciente separando el «usted» de la parte en cuestión. Si el paciente da una respuesta extrema como «La odio», el terapeuta sabe que hay otra parte protectora mezclada con el Yo. Entonces puede pedir: «Intente ver si la parte que la odia puede dar un paso atrás». Entonces, se suele dar las gracias a la parte protectora por su vigilancia y se le garantiza que puede volver cada vez que sea necesario. Si la parte protectora está dispuesta, la siguiente pregunta es: «¿Cómo se siente hacia la parte (previamente rechazada) ahora?». Entonces es probable que el paciente diga algo como «Me pregunto por qué está tan (triste, vengativa, etc.)». Esto constituye la base para llegar a conocer mejor a esa parte, por ejemplo preguntando cuántos años tiene y cómo ha terminado sintiéndose así.

Una vez que el paciente manifiesta una masa crítica del Yo, este tipo de diálogo empieza a producirse espontáneamente. En este momento, es importante que el terapeuta se eche a un lado y simplemente esté pendiente de las otras partes que puedan interferir, o realizar comentarios empáticos ocasionalmente, o preguntar cosas como «¿Qué le dice a la parte sobre esto?» o «¿Adónde quiere ir ahora?» o «¿Cuál le parece que debe ser el siguiente paso?» así como la pregunta omnipresente para detectar el Yo: «¿Cómo se siente con respecto a esa parte ahora?».

UNA VIDA EN PARTES

Joan vino a verme para que la ayudara a gestionar sus incontrolables berrinches y a manejar su culpabilidad sobre sus numerosas aventuras amorosas, recientemente con su entrenador de tenis. Como dijo en la primera sesión, «Paso de ser una profesional excelente a una niña llorona, una zorra furiosa y una implacable máquina de comer en el transcurso de diez minutos. No tengo ni idea de cuál de esas soy realmente».

En ese momento de la sesión, Joan ya había criticado los cuadros de mi pared, mis muebles desvencijados y mi mesa desordenada. El ataque era su mejor defensa. Se estaba preparando para que volvieran a herirla; seguramente yo la dejaría tirada, como tanta gente hizo antes. Sabía que, para que la terapia funcionara, tenía que volverse vulnerable, para comprobar si yo podía tolerar su ira, su miedo y su pena. Me di cuenta de que la única forma de hacer frente a su estado a la defensiva era mostrando un alto interés en los detalles de su vida, mostrándole un apoyo firme por el riesgo que ella había corrido al hablar conmigo, y aceptando las partes de las que ella más se avergonzaba.

Le pregunté a Joan si había observado la parte de sí misma que era crítica. Reconoció que sí, y le pregunté cómo se sentía hacia esa parte crítica. Esta pregunta le permitió empezar a separarse de esa parte y acceder a su Yo. Joan respondió que odiaba a la parte crítica, porque le recordaba a su madre. Cuando le pregunté qué podía estar protegiendo esa parte crítica, su ira se sosegó y se puso más curiosa y reflexiva: «Me pregunto por qué considera necesario llamarme las mismas cosas que mi madre me llamaba, o incluso peor». Habló del miedo que había sentido hacia su madre de pequeña y de la sensación de ser incapaz de hacer algo bien. La parte crítica era obviamente un jefe: no solo estaba protegiendo a Joan de mí, sino que estaba intentando anticiparse a las críticas de su madre.

En las semanas siguientes, Joan me contó que había sufrido abusos sexuales por parte del novio de su madre, probablemente en la época en que cursaba primero y segundo. Creía que le habían «arruinado» sus relaciones íntimas. Aunque era exigente y crítica con su marido, hacia el cual carecía de todo deseo sexual, era apasionada e incansable en sus aventuras amorosas. Pero estas aventuras siempre terminaban de un modo similar: en medio del acto sexual, de repente se quedaba aterrorizada y se enroscaba como una pelota, sollozando como una niña pequeña. Estas escenas la dejaban confusa y asqueada, y después no podía soportar tener nada más que ver con su amante.

Como Marilyn en el capítulo 8, Joan me contó que había aprendido a desaparecer mientras sufría los abusos, flotando sobre la escena como si le estuviera ocurriendo a otra niña. Sacarse de la cabeza los abusos sexuales le permitió a Joan llevar una vida escolar normal de fiestas del pijama, amigas y deportes en equipo. Los problemas empezaron en la adolescencia, cuando desarrolló su patrón de desdén frígido hacia los chicos que la trataban bien y

mantenía relaciones informales tras las que se sentía humillada y avergonzada. Me contó que para ella la bulimia era como debían de ser los orgasmos para los demás, y que mantener relaciones sexuales con su marido era como debía de ser vomitar para los demás. Aunque los recuerdos específicos de sus abusos estaban escindidos (disociados) inconscientemente seguía reproduciéndolos.

No intenté explicarle por qué se sentía tan enfadada, culpable o desconectada (ya se consideraba a sí misma una mercancía en mal estado). En la terapia, como en el procesamiento de recuerdos, la pendulación (el enfoque gradual descrito en el capítulo 13) es crucial. Para que Joan fuera capaz de lidiar con su pena y su dolor, tendríamos que ir a buscar su propia fuerza y amor propio que le permitirían curarse.

Esto significaba centrarnos en sus múltiples recursos interiores y recordarme a mí mismo que yo no le podía aportar el amor y el afecto del que careció de pequeña. Si como terapeuta, maestro o mentor intentamos rellenar los huecos de las carencias tempranas, terminamos chocando con el hecho de que ni la persona, ni el momento ni el lugar son los adecuados. La terapia se centraría en la relación de Joan con sus partes y no conmigo.

CONOCER A LOS JEFES

A medida que el tratamiento de Joan progresaba, identificamos muchas partes diferentes que tomaban el mando en distintos momentos: una parte infantil agresiva que tenía berrinches, una parte adolescente promiscua, una parte suicida, un jefe obsesivo, una moralista remilgada, etcétera. Como siempre, primero conocimos a los jefes. Su tarea era evitar la humillación y el abandono y mantenerla organizada y segura. Algunos jefes pueden ser agresivos, como la parte crítica de Joan, mientras que otros son perfeccionistas o reservados, cuidadosos para no llamar demasiado la atención. Pueden decirnos que hagamos la vista gorda ante lo que está sucediendo y mantenernos pasivos para evitar riesgos. Los jefes internos también controlan el acceso que tenemos a las emociones, para que el sistema del yo no termine abrumado.

Mantener el sistema bajo control requiere una gran cantidad de energía. Un simple comentario insinuante puede desencadenar varias partes simultáneamente: una parte que se activa sexualmente de manera intensa, otra repleta de autoaversión, una tercera que intenta calmar las cosas

autolesionándose. Otros jefes crean obsesiones y distracciones o niegan directamente la realidad. Pero cada parte debe considerarse como un protector interno que mantiene una importante posición defensiva. Los jefes soportan enormes cargas de responsabilidad y generalmente están desbordados.

Algunos jefes son sumamente competentes. Muchos de mis pacientes ocupan puestos de responsabilidad, tienen unos trabajos excepcionales, y pueden ser unos padres extremadamente atentos. El jefe crítico de Joan sin ninguna duda contribuía a su éxito como oftalmóloga. He tenido muchos pacientes que eran maestros o enfermeros excelentes. Aunque puede que sus compañeros pensaran que eran un poco distantes o reservados, seguramente se quedarían pasmados si supieran que sus compañeros ejemplares se autolesionaban, tenían trastornos con la comida o prácticas sexuales extrañas.

Poco a poco, Joan empezó a darse cuenta de que es normal experimentar simultáneamente sentimientos o pensamientos opuestos, y eso le daba más confianza para enfrentarse a la tarea que tenía enfrente. En lugar de creer que el odio consumía todo su ser, aprendió que solo una parte de ella se sentía paralizada por él. Sin embargo, cuando le hacían alguna valoración negativa en el trabajo, Joan caía en picado, reprochándose a sí misma el no haberse protegido, y luego sintiéndose insegura, débil e impotente. Cuando le pedí que viera dónde estaba situada en su cuerpo esa parte impotente de sí misma y cómo se sentía ante ella, se resistió. Me dijo que no podía soportar a esa chica quejica e incompetente que la hacía sentirse avergonzada y desdeñosa consigo misma. Sospeché que esa parte contenía la mayor parte del recuerdo de sus abusos, y decidí no presionarla en ese momento. Se fue de mi consulta retraída y molesta.

Al día siguiente, saqueó el frigorífico y luego se pasó horas vomitando la comida. Cuando volvió a mi consulta, me dijo que quería quitarse la vida y se sorprendió de que yo no pareciera realmente curioso y no la juzgara, y de que no la condenara por su bulimia o sus ideas suicidas. Cuando le pregunté qué partes estaban implicadas, la parte crítica volvió y espetó: «Es asquerosa». Cuando le pidió a esta parte que diera un paso atrás, la siguiente parte dijo: «Nadie va a quererme nunca», seguida después por la crítica, que me dijo que la mejor manera de ayudarla sería ignorando todo ese ruido y dándole más medicación.

Claramente, en su deseo de proteger sus partes heridas, esos jefes sin querer le estaban haciendo daño. Así pues, seguí preguntándoles qué creían

que pasaría si se echaban atrás. Joan respondió: «La gente me va a odiar» y «Me quedaré sola y en la calle». Esto vino seguido por un recuerdo: su madre le había dicho que si desobedecía la darían en adopción y nunca más volvería a ver a sus hermanas o a su perro. Cuando le pregunté cómo se sentía ante esa niña asustada que llevaba dentro, se puso a llorar y me dijo que se sentía mal por ella. Ahora su Yo había vuelto, y yo confiaba en que habríamos calmado su sistema, pero esta sesión todavía no fue la definitiva.

APAGAR LAS LLAMAS

La semana siguiente, Joan faltó a la cita. Habíamos puesto en movimiento a sus partes exiliadas, y sus bomberos estaban desbocados. Como me contó después, la tarde siguiente después de que habláramos de su terror a ir a una casa de acogida, se sintió como sui fuera a explotar. Se fue a un bar y se ligó a un tipo. Al volver a casa tarde, borracha y desaliñada, se negó a hablar con su marido y se quedó dormida en la sala de estar. A la mañana siguiente, actuó como si no hubiera pasado nada.

Los bomberos harán lo que sea para que el dolor emocional desaparezca. Aparte de compartir la tarea de mantener encerradas las partes exiliadas, son lo opuesto de los jefes: los jefes tienen que ver con mantener el control, mientras que los bomberos destrozarán la casa para apagar el fuego. La lucha entre los jefes estirados y los bomberos fuera de control continuará hasta que los exiliados, que soportan la carga del trauma, puedan volver a casa y ser cuidados.

Cualquiera que trabaje con supervivientes encontrará a esos bomberos. Yo he conocido a bomberos que compran, beben, juegan adictivamente al ordenador, tienen aventuras impulsivas o hacen ejercicio compulsivamente. Un encuentro sórdido puede mitigar el horror y la culpa de un niño maltratado, aunque solo sea durante un par de horas.

Resulta crucial recordar que, esencialmente, los bomberos también intentan desesperadamente proteger el sistema. A diferencia de los jefes, que generalmente cooperan superficialmente durante la terapia, los bomberos no se contienen: lanzan insultos y salen de la sala hechos una furia. Los bomberos son frenéticos, y si les preguntas qué sucedería si dejaran de hacer su trabajo, descubres que creen que los sentimientos exiliados podrían hacer estallar todo el sistema del Yo. También son ajenos a la idea de que existen mejores maneras de garantizar la seguridad física y emocional, e incluso si

los comportamientos como el comer compulsivamente o el cortarse desaparecen, los bomberos suelen encontrar otras formas de autolesionarse. Estos ciclos solo podrán llegar a su fin cuando el Yo sea capaz de ponerse al mando y el sistema se sienta seguro.

LA CARGA DE LA TOXICIDAD

Los exiliados son el vertedero de residuos tóxicos del sistema. Como contienen los recuerdos, las sensaciones, las creencias y las emociones asociadas con el trauma, resulta peligroso soltarlos. Contienen la experiencia de «Oh, Dios mío, estoy perdido» (la esencia del *shock* inevitable) y con ella el terror, el colapso y la acomodación. Los exiliados se pueden revelar en forma de sensaciones físicas demoledoras o de una insensibilización extrema, y ofenden tanto a la naturaleza razonable de los jefes como a la bravuconería de los bomberos.

Como la mayoría de las víctimas de incesto, Joan odiaba a sus exiliados, especialmente a la niña pequeña que había respondido a las demandas sexuales de su abusador y a la niña aterrorizada que sollozaba sola en su cama. Cuando los exiliados agobian a los jefes, toman nuestro control (no somos más que un niño rechazado, débil, no amado y abandonado). El Yo se «mezcla» con los exiliados, y todas las posibles alternativas para nuestra vida quedan eclipsadas. Luego, como señala Schwartz, «nos vemos a nosotros mismos, y al mundo, a través de sus ojos y creemos que es "el" mundo. En este estado, no se nos ocurrirá que hemos sido secuestrados».[17]

Mantener encerrados a los exiliados, sin embargo, reprime no solo los recuerdos y las emociones, sino también a las partes que los contienen, las partes más dañadas por el trauma. En palabras de Schwartz: «Generalmente, son nuestras partes más sensibles, creativas, abiertas a la intimidad, animadas, divertidas e inocentes. Al exiliarlas cuando son heridas, sufren un doble revés: el insulto de nuestro rechazo se añade a su daño original».[18] Como Joan descubrió, mantener ocultos a sus exiliados y despreciarlos la estaba condenando a una vida sin relaciones íntimas ni alegría verdadera.

LIBERAR EL PASADO

Algunas semanas después de iniciar el tratamiento con Joan, volvimos a acceder a la chica exiliada que llevaba encima la humillación, la confusión y

la vergüenza de los abusos sexuales de Joan. Por aquel entonces, ella ya confiaba lo suficiente en mí y había desarrollado una percepción suficiente del Yo para poder tolerar observarse como niña, con todos sus sentimientos de terror, excitación, rendición y complicidad durante tanto tiempo enterrados. No dijo mucho durante el proceso, y mi principal tarea era mantenerla en un estado de autoobservación tranquila. A menudo tenía el impulso de alejarse con repulsión y horror, dejando a esa niña inaceptable sola en su desgracia. En esos momentos, yo pedía a sus protectores que se echaran atrás para que ella pudiera seguir escuchando lo que esa niña pequeña quería que ella supiera.

Finalmente, con mis ánimos, fue capaz de entrar en escena y llevarse a la niña con ella a un lugar más seguro. Le dijo firmemente a su abusador que nunca más le dejaría volver a acercarse a ella. En lugar de negar a la niña, desempeñó un papel activo al liberarla. Como en la EMDR, la resolución del trauma fue resultado de su capacidad de acceder a su imaginación y volver a recrear las escenas en las que se había quedado paralizada tanto tiempo atrás. Su pasividad impotente fue sustituida por una acción decidida liderada por el Yo.

Cuando Joan empezó a adueñarse de sus impulsos y comportamientos, reconoció lo vacía que era su relación con su marido, Brian, y empezó a insistir en un cambio. Le pedí que invitara a Brian a unirse a nosotros, y ella estuvo presente durante ocho sesiones antes de que él empezara a verme individualmente.

Schwartz observa que los SFI pueden ayudar a los miembros de la familia a ser «mentores» de los demás mientras aprenden a observar cómo las partes de una persona interactúan con las partes de otra. Yo fui testigo de primera mano de ello con Joan y Brian. Inicialmente, Brian se sentía bastante orgulloso de haber soportado el comportamiento de Joan durante tanto tiempo; notar que ella le necesitaba realmente había impedido que él considerara el divorcio. Pero ahora que ella quería más intimidad, él se sentía presionado e inadecuado (revelando una parte presa del pánico que se quedaba en blanco y construía un muro para no sentir).

Poco a poco, Brian empezó a hablar sobre su infancia en una familia de alcohólicos, donde comportamientos como los de Joan eran habituales e ignorados en gran medida, puntuados por las estancias de su padre en centros de desintoxicación y las largas hospitalizaciones de su madre por depresión e intentos de suicidio. Cuando le pregunté a su parte pera del pánico qué

sucedería si permitía a Brian sentir algo, reveló su miedo a quedar abrumado por el dolor, el dolor de su infancia añadido al dolor de su relación con Joan.

Durante las semanas siguientes, emergieron otras partes. Primero vino una parte protectora que tenía miedo a las mujeres y que determinaba que nunca dejaría que Brian fuera vulnerable a sus manipulaciones. Luego descubrimos a una parte cuidadora fuerte que había cuidado a su madre y a sus hermanos pequeños. Esta parte daba a Brian la sensación de autoestima y de propósito y era una forma de lidiar con su propio terror. Finalmente, Brian estaba listo para conocer a su parte exiliada, el niño asustado, básicamente huérfano de madre que no tenía a nadie que cuidara de él.

Esta es una versión muy corta de una larga exploración, que incluyó varias desviaciones, como cuando la parte crítica de Joan volvía a emerger de vez en cuando. Pero desde el principio los SFI ayudaron a Joan y a Brian a escucharse a sí mismos y mutuamente desde el punto de vista de un Yo objetivo, curioso y compasivo. Ya no estaban bloqueados en el pasado, y se les abrieron nuevas posibilidades.

EL PODER DE LA AUTOCOMPASIÓN: LOS SFI EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Nancy Shadick es una reumatóloga del Hospital de Brigham y de Mujeres de Boston que combina la investigación médica sobre artritis reumatoide (AR) con un gran interés por la experiencia personal de sus pacientes sobre su enfermedad. Cuando descubrió los SFI en un taller con Richard Schwartz, decidió incorporar la terapia en un estudio de intervención psicosocial con pacientes de AR. La AR es una enfermedad autoinmune que causa trastornos inflamatorios en todo el cuerpo, provocando dolor crónico y discapacidad. La medicación solo retrasa su progreso y alivia cierto dolor, pero no existe cura, y vivir con AR puede provocar depresión, ansiedad, aislamiento y una calidad de vida deficiente en general. Seguí este estudio con especial interés debido a la relación que había observado entre el trauma y la enfermedad autoinmune.

Trabajando con la terapeuta experta en los SFI Nancy Sowell, la doctora Shadick creó un estudio aleatorio de nueve meses en el que un grupo de pacientes de AR recibiría formación individual y en grupo sobre los SFI

mientras que un grupo control recibiría correos electrónicos y llamadas telefónicas con cierta regularidad con respecto a los síntomas y la gestión de la enfermedad. Ambos grupos siguieron con su medicación habitual, y eran evaluados periódicamente por reumatólogos que desconocían a qué grupo pertenecía cada paciente.

El objetivo del grupo de los SFI era enseñar a los pacientes a aceptar y comprender el miedo, la desesperación y la ira inevitables y a tratar esos sentimientos como miembros de su propia «familia interna». Aprenderían las técnicas de diálogo interior que les permitirían reconocer su dolor, identificar los pensamientos y emociones asociados, para luego abordar esos estados internos con interés y compasión.

Pronto surgió un problema básico. Como tantos supervivientes de traumas, los pacientes de AR eran alexitímicos. Como Nancy Sowell me dijo más tarde, nunca se quejaban de su dolor o de su discapacidad, a menos que estuvieran totalmente abrumados. Cuando se les preguntaba cómo estaban, casi siempre respondían «Bien». Sus partes estoicas claramente les ayudaban a manejar su situación, pero estos jefes también los mantenían en un estado de negación. Algunos desconectaban sus sensaciones físicas y sus emociones hasta el punto de no colaborar efectivamente con sus médicos.

Para que las cosas avanzaran, los líderes introdujeron las partes de los SFI drásticamente, cambiando de sitio los muebles y proporcionando otros materiales para representar a los jefes, los exiliados y los bomberos. Durante varias semanas, los miembros del grupo empezaron a hablar de los jefes que les decían que «al mal tiempo buena cara» porque nadie quería oír hablar del dolor de todos modos. Luego, cuando pidieron a las partes estoicas que se retiraran, empezaron a reconocer la parte furiosa que quería gritar y sembrar el caos, la parte que quería permanecer todo el tiempo en la cama, y la parte exiliada que se sentía inútil porque no la dejaban hablar. Salió que, de niños, casi todos parecía que eran vistos pero no escuchados; la seguridad significaba mantener sus necesidades en secreto.

La terapia individual de los SFI ayudó a los pacientes a aplicar el lenguaje de las partes a sus problemas diarios. Por ejemplo, una mujer se sentía atrapada por los conflictos en su trabajo, donde una parte jefe insistía en que la única salida era trabajar en exceso hasta que se exacerbase la AR. Con la ayuda de la terapeuta, se dio cuenta de que podía atender sus necesidades sin tener que ponerse enferma.

Los dos grupos, el de los SFI y el de control, fueron evaluados tres veces

durante el periodo de nueve meses del estudio, y luego un año después. Al cabo de los nueve meses, el grupo de los SFI mostró unas mejoras cuantificables en la autovaloración del dolor articular, la función física, la autocompasión y el dolor general relativo al grupo formado. También mostró unas mejoras significativas en la depresión y la autoeficacia. Las mejoras del grupo de SFI en la percepción del dolor y los síntomas depresivos se sostuvieron un año después, aunque las pruebas médicas objetivas no pudieron detectar mejoras cuantificables en el dolor o el funcionamiento. En otras palabras, lo que más cambió fue la capacidad de los pacientes de vivir con su enfermedad. En sus conclusiones, Shadick y Sowell destacaron la atención que prestan los SFI a la autocompasión como factor clave.

Este no fue el primer estudio en demostrar que las intervenciones psicológicas pueden ayudar a los pacientes con AR. Las terapias cognitivo-conductuales y las prácticas basadas en la concienciación también han demostrado tener un impacto positivo sobre el dolor, la inflamación articular, la discapacidad física y la depresión.[19] Sin embargo, ninguno de estos estudios ha formulado una pregunta crítica: ¿se refleja una mayor seguridad y confort físicos en un mejor funcionamiento del sistema inmunológico?

LIBERAR AL NIÑO EXILIADO

Peter dirigía un servicio de oncología en un prestigioso centro médico académico que estaba considerado uno de los mejores del país. Sentado en mi consulta, en una perfecta forma física gracias a la práctica regular de squash, su confianza había cruzado la línea de la arrogancia. Este hombre ciertamente no parecía que sufriera TEPT. Me dijo que solo quería saber cómo ayudar a su esposa a ser menos «susceptible». Le había amenazado con dejarle a menos que él hiciera algo sobre lo que ella llamaba su «comportamiento insensible». Peter me aseguró que su percepción no era correcta, porque obviamente él no tenía ningún problema en ser empático con la gente enferma.

Le encantaba hablar de su trabajo, orgulloso de que los residentes y sus compañeros compitieran ferozmente para estar en su servicio y también de los rumores que había escuchado sobre lo aterrorizado que tenía a su personal. Se describió como brutalmente sincero, un científico de verdad, alguien que solo tenía en cuenta los hechos y, desviando aposta la mirada hacia mí, que no toleraba la incompetencia de los demás. Tenía unos

estándares elevados, pero no más elevados que para sí mismo, y me aseguró que no necesitaba el amor de nadie, solo su respeto.

Peter también me dijo que la rotación en psiquiatría que hizo en la facultad de medicina le convenció de que los psiquiatras todavía practicaban brujería, y su experiencia con la terapia de pareja le había reafirmado en su opinión. Expresó su desprecio hacia la gente que culpaba a sus padres o a la sociedad de sus problemas. Aunque como niño él ya vivió su parte de desdicha, estaba decidido a no considerarse jamás una víctima.

Aunque la dureza de Peter y su amor por la precisión me atraían, no podía dejar de preguntarme si descubriríamos algo que vemos demasiado a menudo: que los jefes internos que están obsesionados con el poder generalmente se crean como bastión para no sentirse desamparado.

Cuando le pregunté sobre su familia, Peter me dijo que su padre dirigía una fábrica. Era un superviviente del Holocausto, que podía ser brutal y estricto, pero también tenía una parte tierna y sentimental que había mantenido a Peter conectado con él y que le había inspirado a convertirse en médico. Al hablarme de su madre, se dio cuenta por primera vez de que en lugar de prestarle una atención sincera simplemente realizaba rigurosamente las tareas domésticas, pero Peter negaba que eso le molestara. Fue a la escuela y sacaba sobresaliente en todas las asignaturas. Se prometió que tendría una vida sin rechazos ni humillaciones pero, irónicamente, vivía con la muerte y el rechazo a diario (la muerte en la unidad de oncología y la lucha constante para que su investigación fuera financiada y publicada).

La esposa de Peter se unió a nosotros en la siguiente visita. Describió cómo él la criticaba constantemente (su gusto por la ropa, su forma de educar a los niños, sus hábitos de lectura, su inteligencia, sus amigos). Él casi nunca estaba en casa y nunca estaba disponible emocionalmente. Como tenía unas obligaciones tan importantes, y como era tan explosivo, su familia siempre andaba sigilosamente a su alrededor. Ella estaba decidida a dejarle y a empezar una nueva vida a menos que él hiciera algunos cambios radicales. En ese punto, por primera vez, vi a Peter alterarse de manera evidente. Me aseguró a mí y a su esposa que quería arreglarlo.

En nuestra siguiente sesión, le pedí que relajara el cuerpo, que cerrara los ojos, que centrara su atención en el interior, y que preguntara a esa parte crítica (la que su esposa había identificado) qué creía que pasaría si dejaba de juzgar despiadadamente a los demás. Al cabo de unos treinta segundos, dijo que se sentía estúpido hablando consigo mismo.

No quería probar ningún invento nuevo (había venido a mí buscando una «terapia demostrada empíricamente»). Le aseguré que, como él, yo también estaba a la vanguardia de las terapias de base empírica y que esa era una de ellas. Permaneció en silencio durante aproximadamente un minuto antes de susurrar: «Me haría daño». Le pedí que preguntara a la parte crítica qué significaba eso. Todavía con los ojos cerrados, Peter respondió: «Cuando criticas a los demás, no se atreven a hacerte daño». Luego: «Si eres perfecto, nadie puede criticarte». Le pedí que diera las gracias a su parte crítica por protegerle contra el daño y la humillación, y cuando se volvió a quedar en silencio, vi cómo se le relajaban los hombros y respiraba más lenta y profundamente.

Luego me dijo que era consciente de que su ostentación estaba afectando sus relaciones con sus compañeros y estudiantes; se sentía solo y menospreciado en las reuniones con el personal e incómodo en las fiestas del hospital. Cuando le pregunté si quería cambiar el modo en que su parte furiosa amenazaba a la gente, me dijo que sí. Luego le pregunté en qué parte de su cuerpo estaba ubicada, y la ubicó en medio del pecho. Manteniendo la atención dentro, le pregunté cómo se sentía con respecto a ello. Me dijo que le daba miedo.

Luego le pedí que se mantuviera concentrado en ello y viera cómo se sentía entonces. Dijo que sentía curiosidad por saber más. Le pregunté cuántos años tenía. Me dijo que unos siete. Le pedí que la parte crítica le mostrara aquello que estaba protegiendo. Tras un largo silencio, todavía con los ojos cerrados, me dijo que estaba viendo una escena de su infancia. Su padre estaba pegando a un niño pequeño (él), y él estaba de pie en una esquina pensando en lo estúpido que era ese niño por provocar a su padre. Cuando le pregunté cómo se sentía con respecto al niño que estaba siendo pegado, me dijo que le despreciaba. Era un enclenque y un quejica; tras mostrar la más mínima resistencia a las despóticas maneras de su padre, inevitablemente capituló y gimoteó que sería un niño bueno. Como respuesta, la parte crítica apareció con toda su fuerza y le llamó cosas como «pelele» y «nenaza». Le pregunté de nuevo a Peter si la parte crítica estaría dispuesta a dar un paso atrás y darle al niño la oportunidad de hablar. Se desconectó por completo y se fue diciendo que era muy poco probable que volviera a poner los pies en mi consulta otra vez.

Pero a la semana siguiente volvió. Cumpliendo sus amenazas, su esposa había ido a un abogado y había presentado la demanda de divorcio. Estaba

devastado, y ya no se parecía en absoluto a ese médico perfectamente estructurado que había conocido y, en gran medida, temido. Ante la pérdida de su familia, estaba trastornado y se sentía confortado con la idea de que si las cosas iban demasiado mal siempre podía quitarse la vida.

Volvimos a entrar e identificamos la parte que tenía terror al abandono. Cuando estaba en su estado de Yo consciente, le pedí que preguntara a ese niño aterrorizado que le enseñara la carga que estaba soportando. De nuevo, su primera reacción fue de repulsa hacia la debilidad del niño, pero cuando le pedí que dejara que esa parte se retirara, vio una imagen de sí mismo de niño en la casa de sus padres, solo en su habitación, gritando de terror. Peter observó esa escena durante varios minutos, llorando en silencio la mayor parte del tiempo. Le pregunté si el niño le había contado todo lo que quería saber. No, había otras escenas, como correr para abrazar a su padre hacia la puerta y ser abofeteado por haber desobedecido a su madre.

De vez en cuando, interrumpía el proceso explicando por qué sus padres no pudieron hacerlo mejor de lo que lo hicieron, al ser supervivientes del Holocausto y todo lo que ello implicaba. De nuevo, le sugerí que descubriera las partes protectoras que estaban interrumpiendo su visión del dolor del niño y les pidiera que se fueran temporalmente a otra habitación. Y cada vez era capaz de volver a su dolor.

Le pedí a Peter que le dijera al niño que ahora entendía lo mala que había sido su experiencia. Se sentó, en un silencio largo y triste. Luego le pedí que le mostrara al niño que se preocupaba por él. Después de convencerle, abrazó al niño. Me sorprendió que ese hombre aparentemente duro e insensible supiera exactamente cómo cuidar de sí mismo.

Luego, al cabo de un rato, le pedí a Peter que volviera a la escena y se llevara al niño con él. Peter se imaginó a sí mismo enfrentándose a su padre de mayor, diciéndole: «Si te vuelves a meter con este niño, vengo y te mato». Luego, en su imaginación, se llevó al niño a un campo bonito que conocía, donde el niño podía jugar y retozar con ponis mientras él le vigilaba.

Nuestro trabajo no había terminado. Después de que su esposa anulara su amenaza de divorcio, volvieron algunos de sus antiguos hábitos, y tuvimos que volver a visitar a ese niño aislado de vez en cuando para asegurarnos de que las partes heridas de Peter estaban siendo cuidadas, especialmente cuando se sentía herido por algo que había sucedido en casa o en el trabajo. Esta es la fase que los SFI llaman «descarga», y corresponde a cuidar a las partes exiliadas para que recuperen la salud. Con cada nueva descarga, la

parte crítica de Peter antes dañada se relajaba, y poco a poco se fue convirtiendo más en mentor que en juez, y empezó a reparar sus relaciones con sus familiares y compañeros. También dejó de sufrir cefaleas provocadas por la tensión.

Un día me dijo que desde que era adulto se había pasado la vida intentando librarse de su pasado, y observó lo irónico que era haber tenido que acercarse a él para dejarlo ir.

CAPÍTULO 18

RELLENAR LOS HUECOS: CREAR ESTRUCTURAS

El mayor descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden modificar su vida modificando sus actitudes mentales.

–William James

No es que se vea algo diferente, sino que uno ve de forma diferente. Es como si el acto espacial de ver estuviera modificado por una nueva dimensión.

–Carl Jung

Una cosa es procesar los recuerdos del trauma, pero otra cosa completamente diferente es enfrentarse al vacío interior, a los agujeros del alma que resultan de no haber sido deseado, de no haber sido visto y de no habernos sido permitido decir la verdad. Si el rostro de nuestros padres nunca se iluminó al mirarnos, cuesta saber cómo se siente una persona amada y apreciada. Si venimos de un mundo incomprensible lleno de secretos y

miedos, es casi imposible encontrar las palabras para expresar lo que hemos soportado. Si uno crece sin ser deseado y siendo ignorado, desarrollar una sensación visceral de agencia y de autoestima es un gran reto.

La investigación que hemos hecho Judy Herman, Chris Perry y yo mismo (véase el capítulo 9) mostró que las personas que no se sintieron deseadas de pequeñas, y los que no recordaban sentirse seguros con nadie mientras crecían, no sacaban todo el partido de la psicoterapia, presumiblemente porque no podían activar el rastro antiguo de haberse sentido cuidadas.

He podido verlo incluso en algunos de mis pacientes más comprometidos y articulados. A pesar de su duro trabajo en la terapia y sus logros personales y profesionales, no podían borrar las huellas devastadoras de una madre demasiado deprimida para prestarles atención o de un padre que los trataba como deseando que nunca hubieran nacido. Estaba claro que sus vidas cambiarían fundamentalmente solo cuando pudieran recomponer esos mapas implícitos. Pero ¿cómo? ¿Cómo podemos ayudar a que la gente se familiarice instintivamente con unos sentimientos de los que careció en la infancia?

Atisbé una posible respuesta cuando asistí a la conferencia fundadora de la Asociación de Psicoterapia Corporal de Estados Unidos en 1994, en una pequeña universidad de Beverly en la costa rocosa de Massachusetts. Curiosamente, me pidieron que representara a la psiquiatría generalista en esa conferencia y que hablara del uso de los escáneres cerebrales para visualizar los estados mentales. Pero en cuanto entré en el vestíbulo donde se habían reunido los asistentes para el café matinal, me di cuenta de que era un público distinto del de los congresos de psicofarmacología o psicoterapia a los que solía acudir. El modo en que hablaban unos con otros, sus posturas y gestos irradiaban vitalidad e implicación, el tipo de reciprocidad física que es la esencia de la sincronía.

Enseguida entablé conversación con Albert Pesso, un fornido antiguo bailarín de la compañía de baile de Martha Graham que entonces tenía más de setenta años. Debajo de sus pobladas cejas, rezumaba amabilidad y confianza. Me dijo que había descubierto la manera de cambiar fundamentalmente la relación de las personas con su núcleo, su yo somático. Su entusiasmo era contagioso, pero yo era escéptico y le pregunté si estaba seguro de poder cambiar la configuración de la amígdala. Impávido ante el hecho de que nadie antes hubiera probado su método científicamente, me afirmó con seguridad que sí podía.

Pesso estaba a punto de realizar un taller de «terapia psicomotriz PBSP

(*Pesso Boyden* System Psychomotor)»[1] y me invitó a participar. No se parecía a ningún otro grupo que hubiera visto nunca. Puso una silla baja delante de una mujer llamada Nancy, a la que llamó la «protagonista», con los otros participantes sentados en cojines alrededor. Luego invitó a Nancy a hablar de lo que le preocupaba, usando sus pausas ocasionalmente para «presenciar» lo que estaba observando (diciendo por ejemplo «Un testigo puede ver lo alicaído que está cuando habla de cuando su padre abandonó a su familia»). Me impresionó la precisión con la que registraba los cambios sutiles en la postura corporal, la expresión facial, el tono de voz y la mirada, las expresiones no verbales de la emoción (es lo que en terapia psicomotriz se llama «microtracking»).

Cada vez que Pesso hacía una «declaración del testigo», el rostro y el cuerpo de Nancy se relajaban un poco, como si el hecho de ser vista y validada la confortara. Sus comentarios serenos parecían fortalecer su coraje para seguir e ir más profundamente. Cuando Nancy empezó a llorar, él observó que nadie debería tener que soportar tanto dolor por sí solo, y le preguntó si quería elegir a alguien para que se sentara a su lado (la llamó «persona de contacto»). Nancy asintió y, tras echar un vistazo a la sala, señaló a una mujer de mediana edad de aspecto amable. Pesso preguntó a Nancy dónde quería que se sentara su persona de contacto. «Justo aquí», dijo Nancy con decisión, indicando un cojín a su derecha.

Yo estaba fascinado. Las personas procesan las relaciones espaciales con el hemisferio derecho del cerebro, y nuestra investigación basada en la neuroimagen había demostrado que la huella del trauma se sitúa principalmente también en el hemisferio derecho (véase el capítulo 3). El afecto, la desaprobación y la indiferencia se transmiten básicamente con la expresión facial, el tono de voz y los movimientos físicos. Según una investigación reciente, hasta el 90 % de la comunicación humana se produce en el ámbito no verbal del hemisferio derecho,[2] y aquí es donde parecía dirigirse principalmente el trabajo de Pesso. A medida que el taller fue avanzando, también me sorprendió como la presencia de la persona de contacto parecía ayudar a Nancy a tolerar las experiencias dolorosas que estaba sacando a la luz.[3]

Pero lo menos habitual era el modo en que Pesso creaba «cuadros» (o, como él las llamaba, «estructuras») del pasado de los protagonistas. A medida que se desplegaban los relatos, se pedía a los participantes del grupo que representaran los papeles de las personas significativas de la vida de los

protagonistas, como los padres y otros familiares, para que su mundo interior empezara a tomar forma en el espacio tridimensional. Los miembros del grupo también eran elegidos para representar a los padres ideales y deseados que proporcionarían el apoyo, el amor y la protección de los que habían carecido en momentos críticos. Los protagonistas se convirtieron en los directores de sus propias obras, creando a su alrededor el pasado que nunca tuvieron, y claramente experimentaban un profundo alivio físico y mental tras esos guiones imaginarios. ¿Podría esa técnica infundir rastros de seguridad y de confort junto a los de terror y abandono, décadas después de la conformación original de la mente y del cerebro?

Intrigado por la promesa del trabajo de Pesso, acepté gustosamente su invitación a visitar su granja en las colinas del sur de New Hampshire. Después del almuerzo bajo un antiguo roble, Al me pidió que le acompañara a su granero de pizarra roja, ahora su estudio, para hacer una estructura. Yo había realizado varios años de psicoanálisis, así que no esperaba ninguna revelación importante. Era un profesional consolidado en la cuarentena, con mi propia familia, y consideraba a mis padres como a dos ancianos que estaban intentando crearse una edad dorada decente para sí mismos. Estaba claro que no creía que siguieran teniendo una gran influencia sobre mí.

Como no había nadie más disponible para el juego de roles, Al empezó pidiéndome que eligiera un objeto o un mueble que representara a mi padre. Elegí un enorme sofá de cuero negro y pedí a Al que lo colocara en vertical a unos dos metros delante de mí, ligeramente hacia la izquierda. Luego me preguntó si quería invitar también a mi madre a la sala, y elegí una lámpara pesada, aproximadamente de la misma altura que el sofá en vertical. A medida que la sesión fue avanzando, el espacio se fue poblando con las personas importantes en mi vida: mi mejor amigo, una pequeña caja de Kleenex a mi derecha; mi esposa, una pequeña almohada cerca de él; mis dos hijos, dos otras almohadas pequeñas.

Después de un rato, examiné la proyección de mi paisaje interior: dos objetos pesados, oscuros y amenazantes que representaban a mis padres, y una serie de objetos minúsculos que representaban a mi esposa, mis hijos y amigos. Me quedé pasmado: había recreado mi imagen interior de mis severos padres calvinistas de cuando era niño. Tenía el pecho tenso, y estoy seguro de que mi voz sonaba aún más tensa. No podía negar lo que mi cerebro espacial estaba revelando: la estructura que me había permitido visualizar mi mapa implícito del mundo.

Cuando le dije a Al lo que acababa de revelar, asintió y me preguntó si le permitiría cambiar mi perspectiva. Sentí que mi escepticismo volvía de nuevo, pero me gustaba Al y sentía curiosidad por su método, así que vacilando le dije que sí. Luego, interpuso su cuerpo directamente entre yo y el sofá y la lámpara, haciéndoles desaparecer de mi línea de visión. Instantáneamente, sentí una liberación profunda de mi cuerpo; la tensión en el pecho se redujo y mi respiración se volvió más relajada. Fue entonces cuando decidí convertirme en estudiante de Pesso.[4]

RESTRUCTURAR LOS MAPAS INTERIORES

Proyectar nuestro mundo interior en el espacio tridimensional de una estructura nos permite ver qué está sucediendo en el teatro de nuestra mente y nos da una perspectiva mucho más clara de nuestras reacciones ante la gente y los eventos del pasado. Cuando colocamos objetos que representan a las personas importantes de nuestra vida, nos puede sorprender la cantidad de recuerdos, pensamientos y emociones inesperados que pueden emerger. Entonces, podemos experimentar moviendo estos objetos en el tablero de ajedrez externo que hemos creado y ver el efecto que eso tiene sobre nosotros.

Aunque las estructuras implican diálogo, la terapia psicomotriz no explica o interpreta el pasado. En lugar de eso, nos permite sentir lo que sentimos entonces, visualizar lo que vimos y decir lo que no pudimos decir cuando sucedió realmente. Es como si pudiéramos ir hacia atrás en la película de nuestra vida y reescribir las escenas cruciales. Podemos dirigir a los representantes para que hagan cosas que no hicieron en el pasado, como impedir que nuestro padre pegara a nuestra madre. Estos cuadros pueden estimular poderosas emociones. Por ejemplo, al colocar a nuestra «madre real» en la esquina, temblando de terror, podemos sentir un deseo profundo de protegerla y darnos cuenta de lo impotentes que nos sentimos de niños. Pero si luego creamos a una madre ideal, que se levanta ante nuestro padre y que sabe cómo evitar quedar atrapada en relaciones abusivas, podemos experimentar una sensación visceral de alivio y una descarga de esa antigua culpabilidad e impotencia. O podemos enfrentarnos al hermano que nos maltrataba de pequeños y luego crear a un hermano ideal que nos protege y que se convierte en nuestro modelo a seguir.

El trabajo del director/terapeuta y de los otros miembros del grupo es

proporcionar a los protagonistas el apoyo que necesitan para sumergirse en aquello que han tenido demasiado miedo de explorar por sí solos. La seguridad del grupo nos permite observar cosas que nos habíamos ocultado a nosotros mismos, generalmente las cosas de las que más nos aver-gonzamos. Cuando ya no tenemos que escondernos, la estructura nos permite colocar la vergüenza donde corresponde: en las figuras que tenemos delante y que representan a aquellos que nos hirieron y que nos hicieron sentir indefensos de niños.

Sentirnos seguros significa que podemos decir cosas a nuestro padre (o, mejor dicho, a su representante) que habríamos deseado decirle cuando teníamos cinco años. Podemos decir a la representante de nuestra madre deprimida y aterrorizada lo mal que nos sentíamos por no poder cuidar de ella. Podemos experimentar con distancia y proximidad y explorar qué sucede al mover a los representantes de sitio. Como participante activo, podemos perdernos en una escena de un modo que es imposible cuando simplemente contamos una historia. Y mientras representamos la realidad de nuestra experiencia, el testigo nos hace compañía, reflejando nuestros cambios de postura, expresión fácil y tono de voz.

Según mi experiencia, volver a experimentar físicamente el pasado en el presente y luego volver a trabajarlo en un «contenedor» seguro y comprensivo puede ser suficientemente potente para crear nuevos recuerdos complementarios: experiencias simuladas de crecer en un entorno en sintonía y afectuoso en el que estamos protegidos del mal. Las estructuras no borran los malos recuerdos, ni los neutralizan como hace la EMDR. En lugar de eso, una estructura ofrece opciones frescas, un recuerdo alternativo en el que nuestras necesidades humanas básicas están satisfechas y nuestros deseos de amor y protección se cumplen.

REVISAR EL PASADO

Permítame poner un ejemplo de un taller que dirigí hace poco tiempo en el Instituto Esalen de Big Sur (California).

María era una esbelta atleta filipina de unos treinta y cinco años que en los dos primeros días había sido agradable y complaciente, y se había dedicado a explorar el impacto a largo plazo del trauma y a enseñar técnicas de autorregulación. Pero entonces, sentada en su almohada a unos dos metros de mí, parecía asustada y colapsada. Yo me preguntaba si se había ofrecido

voluntaria a ser protagonista básicamente para complacer a la amiga que la había acompañado al taller.

Empecé invitándola a prestar atención a lo que estaba sucediendo en su interior y a compartir con nosotros lo que le venía a la mente. Después de un largo silencio, dijo: «Realmente no puedo sentir nada en mi cuerpo, y tengo la mente en blanco». Reflejando su tensión interior, le respondí: «Un testigo puede ver lo preocupada que está de que su mente esté en blanco y de no sentir nada después de haberse ofrecido para hacer una estructura. ¿Es correcto?». «¡Sí!», respondió, sonando ligeramente aliviada.

La «figura del testigo» entra en la estructura al inicio y asume el papel de un observador tolerante y no crítico que se une al protagonista reflejando su estado emocional y comentando el contexto en el que tal estado ha emergido (como cuando mencioné que María se había ofrecido voluntaria a hacer la estructura). Ser validados sintiéndonos escuchados y vistos es un prerrequisito para sentirnos seguros, lo cual es crítico cuando exploramos el peligroso territorio del trauma y del abandono. Un estudio sobre neuroimagen ha demostrado que cuando la gente escucha una frase que refleja su estado interior, la amígdala derecha se ilumina momentáneamente, como confirmando la exactitud de esa reflexión.

Animé a María a seguir centrándose en su respiración, uno de los ejercicios que habíamos estado practicando juntos, y a que prestara atención a lo que sentía en su cuerpo. Después de un largo silencio, empezó a hablar con vacilación: «Siempre tengo una sensación de miedo en todo lo que hago. No parece que tenga miedo, pero siempre me estoy forzando. Para mí, es realmente difícil estar aquí sentada». Yo reflexioné: «Un testigo puede ver lo incómoda que se siente forzándose a sí misma para estar aquí» y ella asintió, estirando ligeramente la columna, indicando que se sentía comprendida. Continuó: «Crecí pensando que mi familia era normal. Pero siempre me aterrorizó mi padre. Nunca me sentí querida por él. Nunca me pegó tan fuerte como pegaba a mis hermanos, pero tengo una sensación de miedo generalizada». Observé que el testigo veía lo asustada que parecía al hablar de su padre, y luego la invité a elegir a un miembro del grupo que le representara.

María observó la sala y eligió a Scott, un amable productor de vídeo que había sido un miembro activo y colaborativo del grupo. Le di a Scott su guion: «Represento a tu padre real, el que te aterrorizaba cuando eras pequeña», y él lo repitió (observe que este trabajo no consiste en improvisar,

sino en representar con precisión el diálogo y las direcciones proporcionadas por el testigo y el protagonista). Le pregunté a María dónde quería que se colocara su padre real, y le dijo a Scott que permaneciera a unos cuatro metros de ella, ligeramente a su derecha y de espaldas a ella. Estábamos empezando a crear el cuadro, y cada vez que dirijo una estructura me impresiona ver lo precisas que son las proyecciones exteriores del hemisferio derecho. Los protagonistas siempre saben exactamente dónde deben colocarse los diferentes personajes de sus estructuras.

También me sorprende, una y otra vez, cómo los representantes que desempeñan el papel de las personas significativas del pasado del protagonista asumen casi inmediatamente una realidad virtual: las personas que participan parecen *convertirse* en las personas de su pasado no solo con respecto al protagonista, sino también a los otros participantes. Animé a María a mirar largo y tendido a su padre real y, mientras le miraba allí de pie, pudimos ver cómo sus emociones pasaban de terror a una profunda sensación de compasión hacia él. Entre lágrimas, reflexionó sobre los difícil que había sido su vida; cómo, siendo niño durante la II Guerra Mundial, había visto decapitar a gente; cómo le obligaron a comer pescado podrido infestado de larvas. Las estructuras promueven una de las condiciones fundamentales para el cambio terapéutico profundo, un estado similar al trance en el que múltiples realidades pueden convivir: pasado y presente, saber que somos adultos pero sentirnos igual que cuando éramos niños; expresar nuestra rabia o terror a alguien que parece ser nuestro maltratador siendo al mismo tiempo totalmente conscientes de que estamos hablando con Scott, que no tiene nada que ver con nuestro padre real; y experimentar simultáneamente las complejas emociones de lealtad, ternura, rabia y añoranza que los niños sienten con sus padres.

Cuando María empezó a hablar de su relación cuando era pequeña, yo seguía reflejando sus expresiones. Su padre había maltratado a su madre, dijo. Era despiadadamente crítico con su dieta, su cuerpo, sus labores domésticas, y ella se preocupaba por su madre cuando él la reñía. María describía a su madre como cariñosa y cálida; no habría podido sobrevivir sin ella. Siempre estaba allí para consolar a María cuando su padre la atacaba verbalmente, pero no hizo nada para proteger a sus hijos de la rabia de su padre. «Creo que mi mamá también tenía mucho miedo. Tengo la sensación de que no nos protegió porque se sentía atrapada».

En ese momento, sugerí que era el momento de invitar a la madre real de

María a la sala. María observó al grupo y sonrió radiantemente al pedir a Kristin, una artista rubia que parecía escandinava, a representar a su madre real. Kristin aceptó con las palabras formales de la estructura: «Represento a tu madre real, que era cálida y cariñosa, y sin la cual no habrías sobrevivido, pero que no te protegió de tu padre maltratador». María le hizo sentarse en un cojín a su derecha, más cerca de ella que su padre real.

Invité a María a mirar a Kristin y luego le pregunté: «¿Qué sucede cuando la miras? María dijo enfadada: «Nada». «Un testigo vería lo tensa que estás al mirar a tu madre real y al decir enfadada que no sientes nada», dije yo. Después de un largo silencio, le pregunté de nuevo: «¿Qué sucede ahora?». María parecía ligeramente más colapsada y repitió: «Nada». Le pregunté: «¿Quieres decirle algo a tu madre?» María dijo finalmente: «Sé que lo hiciste lo mejor que pudiste», y luego, al cabo de un rato, «Quería que me protegieras». Cuando empezó a llorar suavemente, le pregunté: «¿Qué pasa en tu interior?» María dijo: «Siento mi corazón palpitándome muy fuerte en el tórax. Siento tristeza hacia mi madre; por lo incapaz que fue de levantarse ante mi padre y protegernos. Simplemente hacía oídos sordos, fingiendo que todo iba bien, y probablemente en su mente así era, y esto me desespera hoy, y quiero decirle: “Mamá, cuando veo cómo reaccionas ante papá cuando él se porta tan mal…, cuando veo tu cara, pareces hastiada, y no sé por qué no le dices ‘Vete a la mierda’. No sabes luchar, eres un monigote; hay una parte de ti que no es buena y no está viva. Incluso no sé qué quiero que digas. Quiero que seas diferente; nada de lo que haces está bien, lo aceptas todo cuando en realidad nada está bien”». Observé: «Un testigo vería lo fiera que eres y cuánto quieres que tu madre se levante ante tu padre». María habló entonces de lo mucho que deseaba que su madre se escapara con ellos y les alejara de su terrible padre.

Luego le sugerí que eligiera a otro miembro del grupo que representara a su madre ideal. María volvió a mirar a la sala y eligió a Ellen, terapeuta y practicante de artes marciales. María la situó en una almohada a su derecha, entre su madre real y ella misma, y le pidió a Ellen que la rodeara con el brazo. «¿Qué quieres que tu madre ideal diga a tu padre?», le pregunté. Quiero que le diga: «Si vas a hablar así, voy a dejarte y me llevaré a los niños –respondió–. No vamos a sentarnos aquí a escuchar esta mierda». Ellen repetía las palabras de María. Luego pregunté: «¿Qué sucede ahora?» María respondió: «Me gusta. Tengo un poco de presión en la cabeza. Respiro libremente. Siento un ligero baile energético en mi cuerpo. Suave». «Un

testigo puede ver lo encantada que estás al escuchar a tu madre decir que no aguantará más esa mierda de tu padre y que te alejará de él», le dije. María empezó a sollozar y dijo: «Habría podido ser una niña feliz y estar a salvo». Por el rabillo del ojo vi a varios miembros del grupo llorando en silencio: la posibilidad de crecer a salvo y felices coincidía claramente con sus propios deseos.

Al cabo de un rato, sugerí que era el momento de invitar al padre ideal de María. Pude ver claramente lo contenta que estaba María al examinar al grupo imaginando a su padre ideal. Finalmente eligió a Danny. Le di su guion y le dijo amablemente: «Represento a tu padre ideal, que te habría querido y cuidado y no te habría aterrorizado». María le pidió que se sentara cerca de ella, a la izquierda, y dijo satisfecha: «¡Mi papá y mi mamá saludables!». Yo le respondí: «Permítete sentir esta alegría al mirar a un padre ideal que habría cuidado de ti». María lloraba: «Qué bonito», y abrazó a Danny, sonriéndole entre lágrimas. «Estoy recordando un momento realmente tierno con mi padre, y así es como me hace sentir. Me encantaría tener al lado a mi madre también». Los dos padres ideales respondieron con ternura y la acunaron. Les dejé un rato así para que internalizaran totalmente la experiencia.

Terminamos con Danny diciendo: «Si hubiera sido tu padre ideal entonces, te habría querido así y no habría sido cruel contigo», y Ellen añadió «Si hubiera sido tu madre ideal, me habría levantado por ti y por mí y te hubiera protegido para que no te hicieran daño». Todos los personajes dijeron después las frases finales saliendo de los papeles que habían representado y volviendo formalmente a ser ellos mismos.

REESCRIBIENDO NUESTRA VIDA

Nadie crece en circunstancias ideales, si es que alguien sabe qué significa «ideales». Como mi malogrado amigo David Servan-Schreiber dijo una vez: cada vida es difícil a su manera. Pero sabemos que, para convertirnos en adultos seguros de nosotros mismos y capaces, ayuda mucho haber crecido con unos padres constantes y previsibles; unos padres deleitados en nosotros, en nuestros descubrimientos y exploraciones; unos padres que nos ayudaran a organizar nuestras idas y venidas; que sirvieran como modelos de referencia del cuidado personal y de las relaciones con los demás.

Los defectos en cualquiera de estas áreas es probable que se manifiesten más adelante en la vida. Un niño ignorado o crónicamente humillado es

probable que no se respete a sí mismo. Los niños a los que no han dejado afirmarse probablemente tendrán problemas en defenderse como adultos, del mismo modo que la mayoría de las personas que fueron maltratadas de pequeñas llevan encima una rabia ardiente que requiere mucha energía para ser contenida.

Nuestras relaciones también se verán afectadas. Cuanto más dolor y carencias hayamos sufrido, más probable es que interpretemos las acciones de los demás como acciones dirigidas contra nosotros, y menos comprensivos seremos ante sus luchas, inseguridades y preocupaciones. Si no podemos apreciar la complejidad de su vida, veremos todo lo que ellos hacen como la confirmación de que nos van a herir y a decepcionar.

En los capítulos sobre la biología del trauma, vimos cómo el trauma y el abandono desconectan a la gente de su cuerpo como fuente de placer y de confort, o incluso como una parte de sí mismos que necesita cuidados y alimento. Cuando no podemos fiarnos de nuestro cuerpo para que nos señale la seguridad o el peligro, y en lugar de eso nos sentimos crónicamente abrumados por la agitación física, perdemos la capacidad de sentirnos en casa en nuestra propia piel y, por extensión, en el mundo. Mientras que nuestro mapa del mundo esté basado en el trauma, el maltrato y el abandono, es probable que busquemos atajos hacia el olvido. Al anticipar el rechazo, el ridículo y la carencia, seremos reticentes a probar nuevas opciones, porque daremos por sentado que nos llevarán al fracaso. Esta falta de experimentación atrapa a la gente en una matriz de miedo, aislamiento y escasez en la que es imposible dar cabida a las experiencias que podrían cambiar nuestra visión básica del mundo.

Esta es una de las razones por las que las experiencias sumamente estructuradas de la terapia psicomotriz son tan valiosas. Los participantes pueden proyectar de manera segura su realidad interior en un espacio repleto de personas reales, en el que pueden explorar la cacofonía y la confusión del pasado. Esto lleva a momentos de revelación concretos: «Sí, así es como era. Esto es lo que tuve que aguantar. Y así me habría sentido entonces si me hubieran amado y acunado». Adquirir una experiencia sensorial de sentirse atesorado y protegido siendo un niño de tres años en el contenedor tipo trance de una estructura permite a la gente reescribir su experiencia interior, como en «Puedo interactuar espontáneamente con otra gente sin tener que temer ser rechazado o herido».

Las estructuras aprovechan el extraordinario poder de la imaginación para

transformar los relatos interiores que dirigen y confinan nuestro funcionamiento en el mundo. Con el apoyo adecuado, los secretos que una vez fueron demasiado peligrosos para ser revelados se pueden contar no solo a un terapeuta (los confesores de hoy en día), sino, en nuestra imaginación, a la gente que en realidad nos hizo daño y nos traicionó.

La naturaleza tridimensional de la estructura transforma lo oculto, lo prohibido y lo temido en una realidad visible y concreta. En este sentido, es similar en parte a los SFI, que analizamos en el capítulo anterior. Los SFI se basan en las partes escindidas que hemos creado para sobrevivir, y nos permiten identificarlas y hablar con ellas, para que nuestro Yo intacto pueda emerger. En cambio, una estructura crea una imagen tridimensional de las personas y las situaciones con las que hemos tenido que lidiar y nos da la posibilidad de crear un resultado diferente.

La mayoría de la gente es reticente a adentrarse en el dolor y las decepciones del pasado, porque solo garantizan el retorno a lo intolerable. Pero cuando la gente se ve reflejada y es vista, empieza a tomar forma una nueva realidad. Verse reflejado con precisión es totalmente distinto a ser ignorado, criticado y menospreciado. Nos da permiso para sentir lo que sentimos y saber lo que sabemos, una de las bases esenciales para la recuperación.

El trauma hace que la gente quede atrapada en la interpretación del presente a la luz de un pasado inalterable. La escena que recreamos en una estructura puede ser o no ser exactamente lo que sucedió, pero representa la estructura de nuestro mundo interior: nuestro mapa interno y las reglas ocultas según las cuales hemos estado viviendo.

ATREVERNOS A CONTAR LA VERDAD

Recientemente, lideré otra estructura de grupo con un hombre de veintiséis años llamado Mark, que a los trece años escuchó accidentalmente a su padre manteniendo sexo telefónico con su tía, la hermana de su madre. Mark se sintió confuso, abochornado, dolido, traicionado y paralizado por lo que había descubierto, pero cuando intentó hablar con su padre, este le respondió con rabia y negación: le dijo que tenía una imaginación obscena y le acusó de intentar romper la familia. Mark nunca se atrevió a contárselo a su madre, pero a partir de entonces los secretos familiares y la hipocresía contaminaron cada aspecto de su vida familiar, dándole a entender que no se podía confiar

en nadie. Después de clase, se pasaba su aislada adolescencia en las canchas de baloncesto de su barrio o en su habitación ante el televisor. Cuando tenía veintiún años, su madre falleció (se le rompió el corazón, según Mark) y su padre se casó con la tía. Mark no fue invitado ni al funeral ni a la boda.

Secretos así se convierten en toxinas internas, realidades que no podemos reconocernos a nosotros mismos ni a otros, pero que sin embargo se convierten en el patrón de nuestra vida. Yo no sabía nada de esta historia cuando Mark se unió al grupo, pero destacaba por su distancia emocional, y durante las recepciones reconoció que se sentía separado de los demás por una densa niebla. Me preocupaba bastante qué se revelaría cuando empezáramos a mirar tras ese exterior congelado e inexpresivo.

Cuando invité a Mark a hablar de su familia, dijo algunas palabras y luego pareció encerrarse aún más. Así que le sugerí que pidiera a una «figura de contacto» que le apoyara. Eligió a un miembro de pelo cano, Richard, y le colocó en un cojín a su lado, tocándole el hombro. Luego, al empezar a contar su historia, Mark colocó a Joe como a su padre real, a tres metros delante de él, y pidió a Carolyn, representante de su madre, que se agachara en una esquina con el rostro oculto. Luego, Mark pidió a Amanda que representara a su tía, y le dijo que se mantuviera de pie desafiante a un lado, con los brazos cruzados en el pecho, representando a las mujeres calculadoras, implacables y retorcidas que persiguen a los hombres.

Examinando el cuadro que había creado, Mark estaba sentado erguido, con los ojos bien abiertos; claramente, la niebla se había disipado. Dije: «Un testigo puede ver lo sorprendido que estás al ver todo con lo que has tenido que lidiar». Mark asintió agradecidamente y permaneció en silencio y serio durante un rato. Luego, mirando a su «padre», espetó: «Tú, cabrón, hipócrita, me has arruinado la vida». Invité a Mark a decirle a su «padre» todas las cosas que siempre había querido decirle y que nunca pudo. Siguió una larga lista de acusaciones. Pedí al «padre» que respondiera físicamente como si le golpearan, para que Mark pudiera ver que recibía sus golpes. No me sorprendió cuando Mark dijo espontáneamente que siempre le había preocupado perder el control de su ira y que ese miedo le había impedido defenderse en la escuela, en el trabajo y en otras relaciones.

Después de que Mark confrontara a su «padre», le pregunté si quería que Richard representara otro papel: el de su padre ideal. Pedí a Richard que mirara a Mark directamente a los ojos y que le dijera: «Si yo hubiera sido tu padre ideal, te habría escuchado y no te habría acusado de tener una

imaginación obscena». Cuando Richard repitió esto, Mark empezó a temblar. «Oh, Dios mío, qué distinta habría sido mi vida si hubiera podido confiar en mi padre y hablar de lo que estaba sucediendo. Habría podido *tener* un padre». Luego pedí a Richard que dijera: «Si hubiera sido tu padre ideal, habría recibido tu ira y tú hubieras tenido un padre en el que poder confiar». Mark se relajó visiblemente y dijo que aquello habría marcado una gran diferencia.

Luego Mark se dirigió a la representante de su tía. El grupo se quedó visiblemente sorprendido cuando él le soltó un torrente de insultos: «Tu, zorra confabuladora, traidora. Traicionaste a tu hermana y le arruinaste la vida. Arruinaste a nuestra familia». Al terminar, Mark empezó a sollozar. Luego, dijo que siempre había sospechado profundamente de cualquier mujer que se mostrara interesada en él. El resto de la estructura duró otra media hora, en la cual poco a poco fue estableciendo las condiciones para crear dos nuevas mujeres: la tía ideal, que no traicionó a su hermana, sino que apoyó a su familia inmigrante aislada, y la madre ideal, que mantuvo el interés y la estima de su marido y que, por lo tanto, no murió de un ataque al corazón. Mark terminó la estructura examinando en silencio la escena que había creado con una sonrisa contenida en el rostro.

Durante el resto del taller, Mark fue un miembro abierto y valioso del grupo, y tres meses después me mandó un correo electrónico diciéndome que esta experiencia le había cambiado la vida. Acababa de irse a vivir con su primera novia, y aunque tenían algunas discusiones encendidas sobre su nueva situación, había podido aceptar su punto de vista sin ponerse a la defensiva y sin volver a su miedo o a su rabia, y sin sentir que ella estuviera intentando llevarle al huerto. Le sorprendía lo bien que llevaba el hecho de estar en desacuerdo con ella y de poder defender su postura. Luego, me pidió el nombre de algún terapeuta de su zona para que le ayudara con todos los cambios que estaba haciendo en su vida, y por suerte conocía a un compañero de allí al que pude derivarle.

ANTÍDOTOS PARA LOS RECUERDOS DOLOROSOS

Como las clases de defensa personal que describí en el capítulo 13, las estructuras de la terapia psicomotriz ofrecen la posibilidad de formar recuerdos virtuales que conviven con las realidades dolorosas del pasado y

proporcionan experiencias sensoriales de sentirse visto, acunado y apoyado, las cuales pueden servir como antídoto para los recuerdos de dolor y traición. Para cambiar, las personas necesitan familiarizarse instintivamente con unas realidades que contradigan directamente los sentimientos estáticos del yo del trauma paralizado o presa pánico, reemplazándolos con sensaciones arraigadas en la seguridad, el dominio, el deleite y la conexión. Como vimos en el capítulo sobre la EMDR, una de las funciones de los sueños es crear asociaciones en las que los acontecimientos frustrantes del día se entretejen con el resto de nuestra vida. A diferencia de los sueños, las estructuras psicomotrices siguen estando sujetas a las leyes de la física, pero también pueden volver a tejer el pasado.

Obviamente, nunca podemos deshacer lo que ha sucedido, pero podemos crear nuevos escenarios emocionales intensos y suficientemente reales para apaciguar y hacer frente a algunos de los antiguos. Los cuadros sanadores de las estructuras ofrecen una experiencia que muchos participantes nunca creyeron que fuera posible para ellos: ser acogidos en un mundo en el que la gente se deleite con ellos, los proteja, satisfaga sus necesidades y les haga sentir como en casa.

CAPÍTULO 19

REPROGRAMAR EL CEREBRO: NEUROFEEDBACK

¿Es un hecho (o lo he soñado) que mediante la electricidad el mundo de lo material se ha convertido en un gran nervio, que vibra miles de kilómetros en un momento dado apasionante?

–Nathaniel Hawthorne

La facultad de recuperar voluntariamente una atención dispersa, una y otra vez, es la propia raíz del juicio, el carácter y la voluntad.

–William James

El verano tras mi primer curso en la facultad de medicina trabajé a tiempo parcial como ayudante de investigación en el laboratorio del sueño Ernest Hartmann del Hospital Estatal de Boston. Mi trabajo era preparar y hacer el seguimiento de los participantes de los estudios y analizar sus EEG (electroencefalogramas, u ondas cerebrales). Los sujetos llegaban por la noche; yo les pegaba una serie de cables en el cráneo y otro conjunto de

electrodos en torno a los ojos para registrar los movimientos rápidos de los ojos que se producen mientras dormimos. Luego, los acompañaba a sus dormitorios, les deseaba buenas noches y ponía en marcha el polígrafo, una máquina voluminosa con treinta y dos bolígrafos que transmitía su actividad cerebral en un rollo continuo de papel.

Aunque nuestros sujetos se dormían rápidamente, sus neuronas cerebrales mantenían su frenética comunicación interna, que se transmitía al polígrafo durante toda la noche. Yo me ponía cómodo para leer minuciosamente los EEG de la noche anterior, parando de vez en cuando para escuchar los resultados del béisbol en la radio, y utilizaba el intercomunicador para despertar a los sujetos cuando el polígrafo mostraba un ciclo de sueño REM. Les preguntaba qué habían soñado y anotaba sus respuestas, y luego por la mañana les ayudaba a rellenar un cuestionario sobre la calidad del sueño y los mandaba a casa.

Aquellas tranquilas noches en el laboratorio Hartmann documentaron mucho sobre el sueño REM contribuyendo a desarrollar los conocimientos básicos sobre los procesos del sueño, lo cual preparó el camino para los descubrimientos cruciales que describí en el capítulo 15. Sin embargo, hasta hace poco, la antigua esperanza de que el EEG nos ayudaría a comprender mejor cómo contribuye la actividad cerebral eléctrica a los problemas psiquiátricos quedaba aún por demostrar.

CARTOGRAFIAR LOS CIRCUITOS ELÉCTRICOS DEL CEREBRO

Antes de la llegada de la revolución farmacológica, se creía de manera generalizada que la actividad cerebral dependía de las señales tanto químicas como eléctricas. El dominio posterior de la farmacología casi anula el interés por la electrofisiología del cerebro durante varias décadas.

El primer registro de actividad eléctrica cerebral fue realizado en 1924 por el psiquiatra alemán Hans Berger. Esta nueva tecnología fue recibida inicialmente con escepticismo y fue ridiculizada por parte del sistema médico, pero poco a poco la electroencefalografía se fue convirtiendo en una herramienta indispensable para diagnosticar las convulsiones en los pacientes con epilepsia. Berger descubrió que los diferentes patrones de las ondas cerebrales reflejaban diferentes actividades mentales. (Por ejemplo, intentar resolver un problema matemático provocaba unos estallidos a una banda de

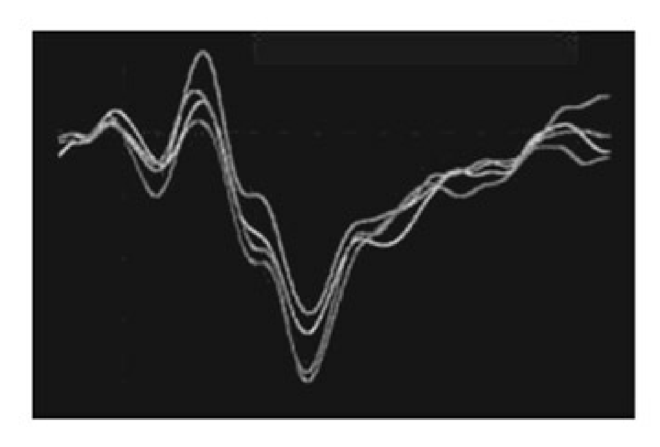
frecuencia moderadamente rápida conocidos como «beta»). Esperaba que a la larga la ciencia fuera capaz de correlacionar diferentes problemas psiquiátricos con irregularidades específicas de los EEG. Estas expectativas fueron alimentadas por los primeros informes sobre los patrones de los EEG en «niños con problemas conductuales» en 1938.[1] La mayoría de esos niños hiperactivos e impulsivos tenían unas ondas más lentas de lo normal en los lóbulos frontales. Este hallazgo se ha reproducido varias veces desde entonces, y en 2013 las ondas lentas en la actividad prefrontal han sido certificadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos como un biomarcador del TDAH. La actividad eléctrica lenta del lóbulo frontal explica por qué estos niños tienen un mal funcionamiento ejecutivo: su cerebro racional carece de un control adecuado sobre su cerebro emocional, lo cual sucede también cuando el maltrato y el trauma han hecho que los centros emocionales estén hiperalertas ante el peligro y estén organizados para luchar o escapar.

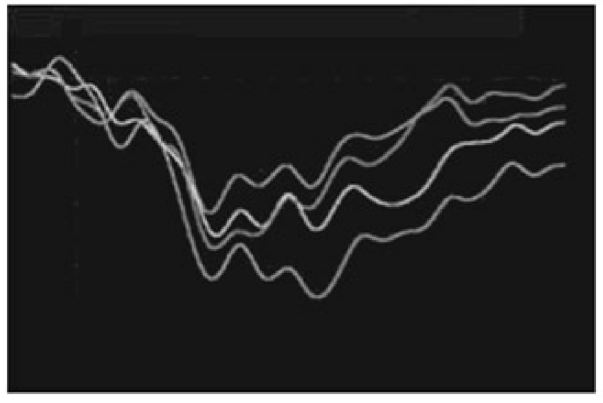
Al principio de mi carrera, yo también esperaba que el EEG nos ayudara a diagnosticar mejor, y entre los años 1980 y 1990 envié a muchos de mis pacientes a hacerse EEG para determinar si su inestabilidad emocional radicaba en anomalías neurológicas. Los informes solían volver con la frase: «Anomalías inespecíficas del lóbulo temporal».[2] Esto me decía muy poco y, como en aquella época la única forma de la que disponíamos para cambiar esos patrones ambiguos era con fármacos que tenían más efectos secundarios que beneficios, dejé de pedir EEG rutinarios a mis pacientes.

Luego, en el año 2000, un estudio de mi amigo Alexander McFarlane y sus asociados (investigadores de Adelaida, Australia) reavivó mi interés, al documentar claras diferencias en el tratamiento de la información entre los sujetos traumatizados y un grupo de australianos «normales». Los investigadores usaron un test estándar llamado «paradigma de rareza», en el que se pide a los sujetos que detecten el objeto que no encaja en una serie de imágenes relacionadas (como una trompeta en un grupo de mesas y sillas). Ninguna de las imágenes estaba relacionada con el trauma.

En el grupo «normal», las partes clave del cerebro trabajaron juntas para producir un patrón coherente de filtrado, enfoque y análisis (véase la imagen izquierda inferior). En cambio, las ondas cerebrales de los sujetos traumatizados estaban peor coordinadas y no se unían en un patrón coherente. Específicamente, no generaban el patrón de ondas cerebrales que ayuda a la gente a prestar atención a la tarea que tiene entre manos filtrando la

información irrelevante (la curva ascendente, llamada N200). Además, la configuración de tratamiento de la información central del cerebro (el pico descendente P300) estaba poco definida; la profundidad de las olas determina lo capaces que somos de asimilar y analizar nuevos datos. Esta era una información nueva importante sobre cómo la gente traumatizada procesa la información no relacionada con el trauma, que tiene unas profundas implicaciones para comprender el procesamiento diario de información. Los patrones de las ondas cerebrales podrían explicar por qué a tantas personas traumatizadas les cuesta tanto aprender de la experiencia e implicarse por completo en su vida diaria. Su cerebro no está organizado para prestar atención a lo que sucede en el momento presente.





Normal frente a TEPT. Patrones de atención. Milisegundos después de presentar al cerebro cierta información, empieza a organizar el significado de la información entrante. Normalmente, todas las regiones del cerebro colaboran en un patrón sincronizado (izquierda), mientras que en el TEPT las ondas cerebrales están menos coordinadas; al cerebro le cuesta filtrar la información irrelevante y tiene problemas en atender al estímulo que tiene delante.

El estudio de Sandy McFarlane me recordó lo que Pierre Janet ya dijo en 1889: «El estrés traumático es una enfermedad consistente en no poder estar totalmente vivo en el presente». Años después, cuando vi la película *En tierra hostil*, que trataba sobre las experiencias de los soldados en Irak, recordé inmediatamente el estudio de Sandy: mientras lidiaban con un estrés extremo, esos hombres funcionaban con un enfoque preciso; pero de vuelta a la vida civil se agobiaban teniendo que tomar simples decisiones en el supermercado. Ahora estamos viendo alarmantes estadísticas sobre el número de veteranos de guerra que vuelven y se matriculan en la universidad dentro de la ley que les concede ayudas, pero no terminan sus estudios (algunos cálculos apuntan hasta el 80 %). Sus bien documentados problemas con la

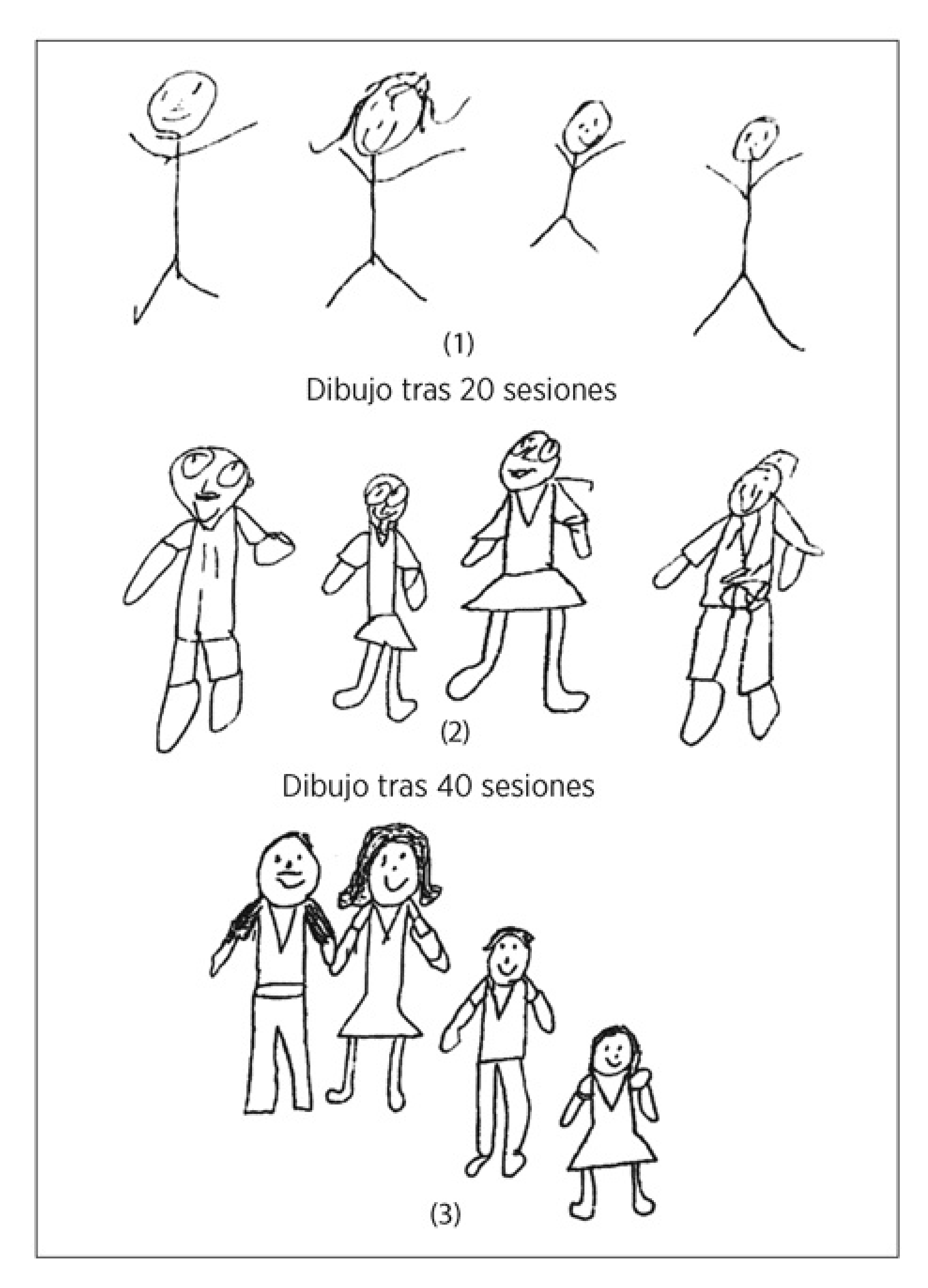
concentración y la atención seguro que han contribuido a esos malos resultados.

El estudio de McFarlane aclaró un posible mecanismo para la falta de concentración y de atención en el TEPT, pero también presentaba un nuevo reto: ¿se podían cambiar estos patrones disfuncionales de las ondas cerebrales? Era siete años antes de que aprendiera que podía haber maneras de hacerlo.

En 2007 conocí a Sebern Fisher en un congreso sobre el trastorno del apego en niños. Sebern era la antigua directora clínica de un centro de tratamiento residencial para adolescentes con perturbaciones graves, y me dijo que llevaba usando el neurofeedback en su consulta privada unos diez años. Me enseñó dibujos de antes y después hechos por un niño de diez años. Ese niño había tenidos tales rabietas, problemas de aprendizaje y dificultades en general con la autoorganización que no podían hacerse cargo de él en la escuela.[3]

Su primer retrato familiar (a la izquierda, página contigua), dibujado antes del tratamiento, correspondía al nivel de desarrollo de un niño de tres años. Menos de cinco semanas después, tras veinte sesiones de neurofeedback, tenía menos rabietas y sus dibujos mostraban una notable mejora en cuanto a la complejidad. Diez semanas y otras veinte sesiones más tarde, sus dibujos mostraban otro nivel de complejidad y su comportamiento se había normalizado.

Nunca antes había visto un tratamiento que pudiera producir un cambio tan drástico en el funcionamiento mental en un periodo de tiempo tan corto. Así pues, cuando Sebern se ofreció a hacerme una demostración de neurofeedback, acepté encantado.



De figuras de palo a seres humanos claramente definidos. Tras cuatro meses de neurofeedback, los dibujos de la familia de un niño de diez años muestran el equivalente de seis años de desarrollo mental.

VER LA SINFONÍA DEL CEREBRO

En la consulta de Sebern en Northampton (Massachusetts), me mostró su equipo de neurofeedback (dos ordenadores de sobremesa y un pequeño amplificador) y algunos de los datos que había recogido. Luego, pegó un

electrodo a cada lado de mi cráneo y otro en mi oído derecho. Enseguida el ordenador delante de mí estaba mostrando hileras de ondas cerebrales como las que había visto en el polígrafo del laboratorio del sueño tres décadas antes. El diminuto ordenador portátil de Sebern podía detectar, registrar y mostrar la sinfonía eléctrica de mi cerebro más deprisa y con más precisión de la que habría podido tener un equipo probablemente valorado en un millón de dólares en el laboratorio Hartmann.

Como me explicó Sebern, el *feedback* proporciona al cerebro un espejo de su propia función: las oscilaciones y ritmos en que se basan las corrientes y las corrientes cruzadas de la mente. El neurofeedback anima al cerebro a hacer más de ciertas frecuencias y menos de otras, creando nuevos patrones que mejoran su complejidad natural y su sesgo hacia la autorregulación.[4] «Efectivamente –me dijo–, podemos estar liberando unas propiedades oscilatorias innatas pero bloqueadas del cerebro y permitiendo que otras se desarrollen».

Sebern ajustó algunos parámetros, «para ajustar las frecuencias de la recompensa y la inhibición», como me explicó, para que el *feedback* reforzara unos patrones de ondas cerebrales seleccionados y descartara otros. Ahora, estaba mirando algo parecido a un videojuego mostrando tres naves espaciales de colores diferentes. El ordenador iba emitiendo sonidos irregulares, y las naves espaciales se movían bastante aleatoriamente. Descubrí que si parpadeaba se detenían, y si miraba tranquilamente la pantalla se movían en tándem, acompañados por unos pitidos regulares. Sebern me animó luego a hacer que la nave verde adelantara a las otras. Me incliné hacia delante para concentrarme, pero cuanto más lo intentaba, más rezagada quedaba la nave espacial verde. Sonrió y me dijo que me iría mucho mejor si me relajaba y dejaba que mi cerebro asimilara el *feedback* que el ordenador estaba generando. Así que me recliné, y al cabo de un rato los tonos se hicieron más constantes y la nave verde empezó a adelantar a las otras. Me sentía tranquilo y confundido, y mi nave espacial iba ganando.

En cierto modo, el neurofeedback es parecido a mirar el rostro de una persona durante una conversación. Si vemos sonrisas o ligeros asentimientos, nos vemos recompensados, y seguimos contando nuestra historia o argumentando nuestra idea. Pero en cuanto nuestro interlocutor parece aburrido o desvía la mirada, empezamos a resumir o cambiamos de tema. En el neurofeedback, la recompensa es un tono o un movimiento en la pantalla en lugar de una sonrisa, y la inhibición es mucho más neutra que un ceño

fruncido: es simplemente un patrón no deseado.

Después, Sebern me presentó otra característica del neurofeedback: su capacidad de analizar los circuitos de partes específicas del cerebro. Pasó los electrodos de mis sienes a mi ceja izquierda, y empecé a sentirme ingenioso y centrado. Me dijo que estaba recompensando las ondas beta de mi corteza frontal, que representaban mi estado de alerta. Cuando pasó los electrodos a la coronilla, me sentí más distanciado de las imágenes del ordenador y más consciente de mis sensaciones corporales. Después, me mostro un gráfico de resumen que había registrado cómo habían cambiado mis ondas cerebrales al experimentar los cambios sutiles en mi estado mental y en mis sensaciones físicas.

¿Cómo se podía utilizar el neurofeedback para tratar el trauma? Como Sebern explicó: «Con el neurofeedback, esperamos poder intervenir en los circuitos que promueven y sostienen los estados de miedo y los rasgos de miedo, vergüenza y rabia. El encendido repetitivo de esos circuitos es lo que define el trauma». Los pacientes necesitan ayuda para cambiar sus patrones cerebrales habituales creados por el trauma y sus consecuencias. Cuando los patrones del miedo se relajan, el cerebro se vuelve menos susceptible a las reacciones automáticas de estrés y es más capaz de centrarse en acontecimientos ordinarios. Al fin y al cabo, el estrés no es una propiedad inherente a los propios acontecimientos, sino que depende de cómo los etiquetamos y reaccionamos ante ellos. El neurofeedback simplemente estabiliza el cerebro y aumenta la resiliencia, permitiéndonos desarrollar más opciones en nuestro modo de responder.

EL NACIMIENTO DEL NEUROFEEDBACK

El neurofeedback no era una tecnología nueva en el año 2007. A principios de los años 1950, el profesor de Psicología de la Universidad de Chicago Joe Kamiya, que estaba estudiando el fenómeno de la percepción interna, había descubierto que la gente podía aprender mediante el *feedback* a decir cuándo estaba produciendo ondas alfa, asociadas con la relajación (algunos sujetos solo tardaron cuatro días en alcanzar una precisión del 100 %). Luego, demostró que también podían entrar voluntariamente en un estado alfa como respuesta a una señal sonora.

En 1968, un artículo sobre el trabajo de Kamiya se publicó en la popular revista *Psychology Today*, y la idea de que la formación alfa podía aliviar el

estrés y las patologías relacionadas con el estrés se hizo popularmente conocida.[5] El primer trabajo científico que demostró que el neurofeedback podía tener un efecto en los trastornos patológicos fue realizado por Barry Sterman en la UCLA. La National Aeronautics and Space Administration de Estados Unidos pidió a Sterman que estudiara la toxicidad del combustible de un cohete (monometilhidrazina, MMH), del que se sabía que causaba alucinaciones, náuseas y convulsiones. Sterman había entrenado previamente a algunos gatos para que produjeran una frecuencia EEG específica conocida como «ritmo sensoriomotor» (en los gatos, este estado de alerta focalizado se asocia con la espera previa a recibir comida). Descubrió que, mientras que sus gatos de laboratorio normales desarrollaban convulsiones tras ser expuestos al MMH, los gatos que habían recibido neurofeedback no las presentaron. La formación, en cierto modo, había estabilizado su cerebro.

En 1971, Sterman conectó su primer sujeto humano, Mary Fairbanks de veintitrés años, a un dispositivo de neurofeedback. Sufría epilepsia desde los ocho años, con convulsiones generalizadas dos o más veces al mes. Se formó durante una hora al día dos veces por semana. Al cabo de tres meses, prácticamente ya no sufría convulsiones. Sterman recibió posteriormente una subvención de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos para realizar un estudio más sistemático, y los impresionantes resultados se publicaron en la revista *Epilepsia* en 1978.[6]

Este periodo de experimentación y enorme optimismo sobre el potencial de la mente humana llegó a su fin a mediados de los años setenta con el descubrimiento reciente de los fármacos psiquiátricos. La psiquiatría y la ciencia cerebral adoptaron un modelo químico de la mente y del cerebro, relegando a segundo plano al resto de enfoques terapéuticos.

Desde entonces, el campo del neurofeedback ha ido desarrollándose a trompicones, con la mayor parte del trabajo científico de base realizado en Europa, Rusia y Australia. Aunque en Estados Unidos hay prácticamente 10.000 profesionales del neurofeedback, esta práctica no ha sido capaz de lograr la financiación necesaria para su investigación y de gozar así de una aceptación extendida. Una razón puede ser que existen múltiples sistemas de neurofeedback competidores; otra es que su potencial comercial es limitado. Los seguros solo cubren algunas aplicaciones, lo cual hace que el neurofeedback sea caro para los consumidores e impide que los profesionales puedan acumular los recursos necesarios para realizar estudios a gran escala.

DE UN CENTRO PARA PERSONAS SIN HOGAR A UN CONTROL DE ENFERMERÍA

Sebern organizó un encuentro para que pudiera hablar con tres de sus pacientes. Todos me contaron unas historias extraordinarias, pero al escuchar a Lisa, de veintisiete años, que estaba estudiando enfermería en una facultad cercana, me sentí realmente despertar ante el sorprendente potencial de este tratamiento. Lisa poseía el mayor factor de resiliencia que pueden tener los seres humanos: era una persona atractiva, cautivadora, curiosa y obviamente inteligente. Establecía mucho contacto humano, y estaba dispuesta a compartir lo que había aprendido sobre sí misma. Lo mejor de todo, como muchos de los supervivientes que he conocido, tenía un sentido del humor irónico y un delicioso toque de locura humana. Sabiendo lo que sabía sobre su pasado, era un milagro que estuviera tan tranquila y serena. Se había pasado varios años en centros comunitarios y en hospitales mentales, y era una visitante conocida en las salas de urgencias de la zona oeste de Massachusetts (era la chica que siempre llegaba en ambulancia, medio muerta por sobredosis de fármacos o ensangrentada por las heridas que se había autoinfligido). Así es como empezó su historia: «Solía envidiar a los niños que sabían qué sucedía cuando sus padres se emborrachaban. Al menos podían predecir el caos. En mi casa, no había ningún patrón. Cualquier cosa podía hacer estallar a mi madre (cenar, mirar la televisión, volver a casa tras la escuela, vestirme) y nunca sabía qué iba a hacer o cómo me haría daño. Era muy aleatorio».

Su padre abandonó a la familia cuando Lisa tenía tres años, dejándola a la merced de su madre psicótica. La palabra «tortura» no es suficientemente fuerte para describir los malos tratos que soportó. «Yo vivía en la habitación del ático –me dijo–, y había otra habitación arriba donde iba y meaba en la alfombra porque tenía demasiado miedo de bajar abajo al baño. Sacaba la ropa a todas mis muñecas y les clavaba lápices y las ponía en mi ventana». A los doce años, Lisa se escapó de casa, pero la policía la encontró y la devolvió. Después de que se volviera a escapar, los servicios de protección de la infancia intervinieron y se pasó los siguientes seis años en hospitales mentales, hospicios, hogares de acogida, familias de acogida y en la calle. Ninguna asignación duraba, porque Lisa estaba tan disociada y era tan autodestructiva que aterrorizaba a sus cuidadores. Se atacaba a sí misma o destruía muebles y luego no recordaba lo que había hecho, lo cual le valió la

reputación de mentirosa manipuladora. Retrospectivamente, Lisa me dijo que simplemente carecía del lenguaje para explicar lo que le sucedía.

Cuando cumplió los dieciocho, fue «dada de alta» de los servicios de protección de la infancia y empezó una vida independiente, sin familia, educación, dinero o capacidades. Pero poco después de su alta, llegó a manos de Sebern, que acababa de adquirir su primer equipo de neurofeedback y recordaba a Lisa del centro de tratamiento residencial en el que trabajó una vez. Siempre había sentido debilidad por esa niña perdida, y la invitó a probar su nuevo artilugio.

Como recordaba Sebern: «Cuando Lisa vino a verme por primera vez, era otoño. Andaba con la mirada perdida, llevando una calabaza allí donde iba. Siempre estaba con la cabeza en otra parte. Nunca estuve segura de haber accedido a su yo organizativo». Todo tipo de terapia conversacional era imposible para Lisa. Cuando Sebern le preguntaba sobre algo estresante, se encerraba o era presa del pánico. Según las palabras de Lisa, «Cada vez que intentábamos hablar de lo que me había sucedido de pequeña, tenía una crisis. Me levantaba con cortes y quemaduras y no podía comer. No podía dormir».

Su sensación de terror era omnipresente. «Tenía miedo todo el tiempo. No me gustaba que me tocaran. Siempre estaba asustadiza y nerviosa. No podía cerrar los ojos cuando alguna persona estaba alrededor. Nadie podía convencerme de que no me iban a golpear en cuanto cerrara los ojos. Esto hace que te vuelvas loco. Sabes que estás en una habitación con una persona en la que confías, sabes intelectualmente que no te va a pasar nada, pero luego está el resto de tu cuerpo y no puedes ni relajarte. Si alguien me rodeaba con el brazo, me iba hacia el otro lado». Estaba atrapada en un estado de *shock* inevitable.

Lisa recordaba que se disociaba de pequeña, pero las cosas empeoraron tras la pubertad: «Empecé a despertarme con cortes, y la gente en la escuela me llamaba por diferentes nombres. No podía tener un novio fijo porque cuando estaba disociada quedaba con otros chicos y luego no me acordaba. Me daban muchos vahídos y luego me despertaba en situaciones bastante extrañas». Como muchas personas gravemente traumatizadas, Lisa no podía reconocerse en un espejo.[7] Nunca había escuchado a nadie describir de un modo tan articulado cómo era carecer de una sensación continuada de sí mismo.

No había nadie que confirmara su realidad. «Cuando tenía diecisiete años

y vivía en el hogar para adolescentes con alteraciones graves, me corté mucho con la tapa de una lata de hojalata. Me llevaron a urgencias, pero no pude contar al médico lo que había hecho para cortarme, no tenía ningún recuerdo. El médico de urgencias estaba convencido de que el trastorno de identidad disociativa no existía… Muchos profesionales de la salud mental te dicen que no existe. No que tú no lo tengas, sino que no existe».

Lo primero que hizo Lisa cuando la dieron de alta por edad del programa de tratamiento residencial fue dejar las medicaciones. «No funcionan para todo el mundo –reconoció–, y personalmente fue la decisión adecuada. Conozco a gente que necesita medicación, pero no era mi caso. Tras dejarla y empezar el neurofeedback, mejoré mucho».

Cuando invitó a Lisa a probar el neurofeedback, Sebern tenía poca idea sobre qué esperar, porque Lisa sería la primera paciente disociativa con la que lo probaría. Se veían dos veces a la semana y empezaron recompensando unos patrones cerebrales más coherentes en el lóbulo temporal derecho, el centro cerebral del miedo. Al cabo de pocas semanas, Lisa observó que ya no estaba tan tensa rodeada de gente, y ya no temía ir a la sala de lavandería del sótano de su edificio. Luego se produjo un nuevo avance: dejó de disociarse. «Siempre había tenido un zumbido constante de conversaciones en voz baja en mi cabeza –recordaba–. Me asustaba ser esquizofrénica. Al cabo de medio año de neurofeedback, dejé de escuchar esos ruidos. Me integré, supongo. Todo se unió».

A medida que Lisa fue desarrollando una sensación más continua de sí misma, fue capaz de hablar de sus experiencias: «Ahora puedo hablar realmente de cosas como mi infancia. Por primera vez, empecé a ser capaz de *seguir* una terapia. Hasta entonces, no había tenido la distancia suficiente y no podía calmarme lo suficiente. Si todavía estás inmerso en algo, es difícil hablar de ello. Era incapaz de apegarme a ello del modo en que tienes que apegarte ni de abrirme del modo en que tienes que abrirte para mantener cualquier relación con un terapeuta». Esta revelación fue sorprendente: muchos pacientes entran y salen de los tratamientos y son incapaces de conectar de un modo significativo porque siguen «inmersos en ello». Obviamente, cuando la gente no sabe quién es, no puede ver la realidad de la gente que la rodea.

Lisa prosiguió: «Había mucha ansiedad en torno al apego. Entraba en una sala e intentaba memorizar todas las maneras posibles de salir de ella, cada detalle sobre cada persona. Intentaba desesperadamente seguir el rastro de

todo aquello que pudiera hacerme daño. Ahora conozco a la gente de un modo diferente. Ya no la memorizo por miedo. Cuando no tienes miedo a que te hagan daño, puedes conocer a la gente de un modo diferente».

Esta joven articulada había emergido de las profundidades de la desesperación y la confusión con un grado de claridad y de enfoque que no había visto antes. Estaba claro que en el Trauma Center teníamos que explorar el potencial del neurofeedback.

EMPEZAR CON EL NEUROFEEDBACK

Primero, tuvimos que decidir cuál de los cinco sistemas de neurofeedback existentes íbamos a adoptar, y luego encontrar un fin de semana largo para aprender los principios y practicar entre nosotros.[8] Ocho miembros del personal y tres formadores se ofrecieron voluntariamente a explorar las complejidades de los EEG, los electrodos y el *feedback* generado por ordenador. En la segunda mañana de la formación, trabajando en parejas con mi compañero Michael, le coloqué un electrodo en el lado de derecho de la cabeza, directamente sobre la franja sensoriomotriz de su cerebro, y recompensé la frecuencia de once a catorce hercios. Poco después de que terminara la sesión, Michael pidió la atención del grupo. Acababa de tener una experiencia extraordinaria, nos dijo. Siempre se había sentido nervioso e inseguro ante la presencia de otras personas, incluso de compañeros como nosotros. Aunque nadie parecía darse cuenta (al fin y al cabo, era un terapeuta muy respetado) vivía con una sensación de peligro crónica y constante. Esa sensación había desaparecido en aquel momento, y se sentía seguro, relajado y abierto. En los tres años siguientes, Michael emergió de su bajo perfil habitual y se convirtió en un miembro del grupo que desafiaba a los demás con sus ideas y opiniones, siendo uno de los que más contribuyó a nuestro programa de neurofeedback.

Con la ayuda de la fundación ANS, empezamos nuestro primer estudio con un grupo de diecisiete pacientes que no habían respondido a tratamientos previos. Identificamos la zona temporal derecha del cerebro, la localización que nuestros primeros estudios con los escáneres cerebrales (descritos en el capítulo 3)[9] habían mostrado que se activaban excesivamente durante el estrés traumático, y les dimos veinte sesiones de neuro-feedback en diez semanas.

Como la mayoría de los pacientes sufría alexitimia, no les era nada fácil

explicar su respuesta a los tratamientos. Pero sus acciones hablaban por ellos: siempre llegaban a la hora a sus citas, aunque hubieran tenido que conducir nevando. Ninguno de ellos abandonó el tratamiento y, al final de las veinte sesiones completas, pudimos documentar una mejora significativa no solo en su puntuación del TEPT,[10] sino también en su bienestar interpersonal, su equilibrio emocional y su autoconocimiento.[11] Eran menos frenéticos, dormían mejor y se notaban más tranquilos y más centrados.

En cualquier caso, lo que describe cada persona puede ser poco fiable; los cambios objetivos de comportamiento son mejores indicadores de cómo funciona un tratamiento. El primer paciente que traté con neurofeedback fue un buen ejemplo. Era un profesional de cincuenta y pocos años que se definía a sí mismo como heterosexual, pero compulsivamente buscaba contactos homosexuales con extraños en cuanto se sentía abandonado o incomprendido. Su matrimonio se había roto por este problema, había contraído el VIH; estaba desesperado por recuperar el control sobre su comportamiento. Durante una terapia previa, había hablado extensamente sobre los abusos sexuales que sufrió por parte de su tío hacia los ocho años. Supusimos que su compulsión estaba relacionada con estos abusos, pero establecer esta conexión no marcaba ninguna diferencia en su comportamiento. Después de más de un año de psicoterapia regular con un terapeuta competente, no había cambiado nada.

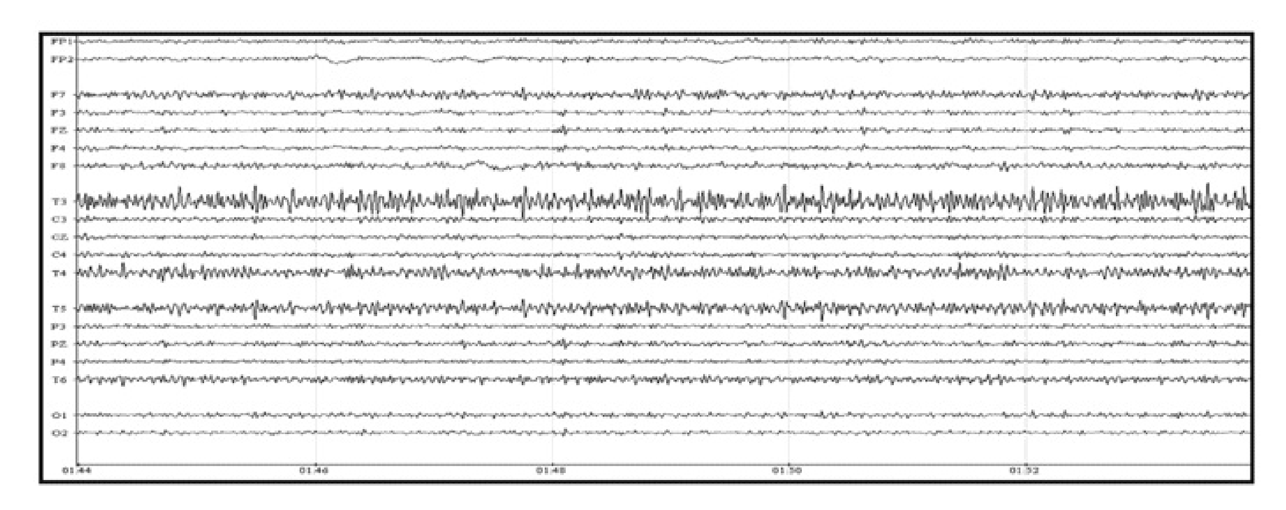
Una semana después de empezar a entrenar su cerebro para que produjera ondas más lentas en el lóbulo temporal derecho, tuvo una angustiante pelea con una nueva novia y, en lugar de ir a su punto habitual de cacería en busca de sexo, decidió ir a pescar. Atribuí esta respuesta a la casualidad. Sin embargo, en las diez semanas siguientes, en medio de esta tumultuosa relación, siguió encontrando consuelo en la pesca y empezó a renovar una cabaña en el lago. Cuando nos saltamos tres semanas de neurofeedback por las vacaciones, su compulsión regresó repentinamente, lo cual sugería que su cerebro todavía no había estabilizado su nuevo patrón. Entrenamos seis semanas más y, ahora, cuatro años después, le veo cada seis meses para una revisión. No ha vuelto a sentir el impulso de llevar a cabo actividades sexuales peligrosas.

¿Cómo logró su cerebro obtener confort con la pesca en lugar de con un comportamiento sexual compulsivo? En este momento, simplemente no lo sabemos. El neurofeedback cambia los patrones de conectividad cerebral; la mente sigue creando nuevos patrones de actividad.

FUNDAMENTOS DE LAS ONDAS CEREBRALES DE LENTO A RÁPIDO

Cada línea de una EEG representa la actividad en una parte distinta del cerebro: una mezcla de diferentes ritmos, clasificados en una escala de lento a rápido.[12] El EEG consiste en unas mediciones de diferentes alturas (amplitud) y longitudes de ondas (frecuencia). La frecuencia se refiere al número de veces que una onda sube y baja en un segundo, y se mide en hercios (Hz) o ciclos por segundo (cps). Cada frecuencia del EEG es relevante para comprender y tratar el trauma, y los fundamentos son relativamente fáciles de entender.

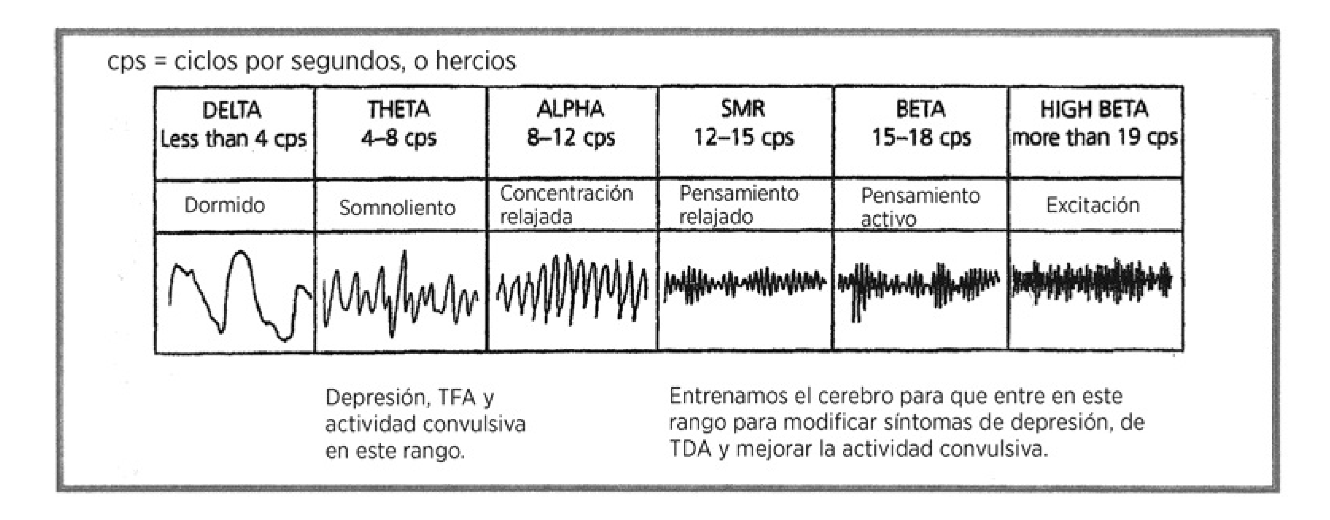
Las ondas delta, las frecuencias más lentas (2-5 Hz) suelen verse sobre todo durante el sueño. El cerebro está en un estado inactivo, y la mente está introspectiva. Si las personas tienen una actividad de ondas demasiado lenta mientras están despiertas, tienen el pensamiento nublado y muestran poco raciocinio y poco control de los impulsos. El 80 % de los niños con TDAH y muchas personas diagnosticadas con TEPT tienen ondas excesivamente lentas en los lóbulos frontales.



El electroencefalograma (EEG). Aunque no existe ningún patrón típico para el TEPT, muchas personas traumatizadas tienen una actividad marcadamente incrementada en los lóbulos temporales, como este paciente (T, T, T no se ve bien qué pone). El neurofeedback puede normalizar estos patrones cerebrales anómalos y por consiguiente aumentar la estabilidad emocional.

EL NIVEL DE ENCENDIDO DE LAS ONDAS CEREBRALES CORRESPONDE A NUESTRO

ESTADO DE ACTIVACIÓN



Soñar acelera las ondas cerebrales. Las frecuencias theta (5-8 Hz) predominan en el borde del sueño, como en el estado hipnopómpico que describí en el capítulo 15 sobre la EMDR; también son características de los estados de trance hipnóticos. Las ondas theta crean un marco mental que no está limitado por la lógica ni por los requerimientos normales de la vida, y por eso abren el potencial de establecer nuevas conexiones y asociaciones. Uno de los tratamientos con neurofeedback EEG más prometedores para el TEPT, el entrenamiento alfa/theta, recurre a esta cualidad para liberar las asociaciones bloqueadas y para facilitar nuevos aprendizajes. Como inconveniente, las frecuencias theta también se producen cuando estamos «idos» o deprimidos.

Las ondas alfa (8-12 Hz) van acompañadas por una sensación de paz y de calma.[13] Resultan familiares para las personas que han aprendido meditación consciente (un paciente me dijo una vez que para él el neurofeedback era «como meditar con esteroides»). Uso el entrenamiento alfa a menudo en mi consulta para ayudar a las personas que están demasiado bloqueadas o demasiado alteradas para lograr un estado de relajación concentrada. El centro médico Walter Reed National Military Medical Center recientemente introdujo el entrenamiento alfa para tratar a los soldados con TEPT, pero en el momento de escribir estas líneas los resultados todavía no están disponibles.

Las ondas beta son las frecuencias más rápidas (13-20 Hz). Cuando predominan, el cerebro está orientado hacia el mundo exterior. Las ondas

beta nos permite tener una atención focalizada mientras realizamos una tarea. Sin embargo, las beta superiores (más de 20 Hz) están asociadas con la agitación, la ansiedad y la tensión corporal (efectivamente, estamos examinando constantemente el entorno en busca de peligro).

AYUDAR AL CEREBRO A CENTRARSE

El entrenamiento con neurofeedback puede mejorar la creatividad, el control atlético y la concienciación interior, incluso en personas con un buen rendimiento.[14] Cuando empezamos a estudiar el neurofeedback, descubrimos que la medicina del deporte era el único departamento de la Universidad de Boston que estaba familiarizado con este tema. Uno de mis primeros profesores de fisiología cerebral fue el psicólogo deportivo Len Zaichkowsky, que pronto abandonó Boston para entrenar a los Canucks de Vancouver con neurofeedback.[15]

El neurofeedback probablemente se ha estudiado más en profundidad para la mejora del desempeño que para resolver problemas psiquiátricos. En Italia, el entrenador del equipo de futbol AC Milan lo usaba para ayudar a sus jugadores a permanecer relajados y centrados mientras miraban vídeos de sus errores. Este mayor control mental y fisiológico los compensó cuando varios jugadores se unieron al equipo italiano que ganó el Mundial de 2006 y cuando el Milan ganó el campeonato europeo el año siguiente.[16] El neurofeedback también se incluyó en el componente de ciencia y tecnología de Own the Podium, un plan de 117 millones de dólares de cinco años diseñado para que Canadá dominara en los Juegos Olímpicos de Vancouver del año 2010. Los canadienses fueron los que más medallas de oro ganaron y quedaron los terceros a nivel global.

Para el rendimiento musical también tiene ventajas. Un jurado del Royal College of Music británico vio que los estudiantes que habían realizado diez sesiones de neurofeedback con John Gruzelier, de la Universidad de Londres, presentaban una mejora del 10 % en la interpretación de una pieza musical en comparación con los estudiantes que no las habían realizado. Esto representa una diferencia enorme en un campo tan competitivo.[17]

Considerando la mejora en el enfoque, la atención y la concentración, no es de extrañar que el neurofeedback llamara la atención a especialistas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Al menos treinta y seis estudios han demostrado que el neurofeedback puede ser un tratamiento

efectivo y limitado en el tiempo para el TDAH (igual de efectivo que los fármacos convencionales).[18] Cuando se entrena el cerebro para que produzca diferentes patrones de comunicación eléctrica, no hace falta ningún otro tratamiento, a diferencia de los fármacos, que no modifican la actividad cerebral fundamental y solo funcionan mientras el paciente los sigue tomando.

¿DÓNDE ESTÁ EL PROBLEMA CON MI CEREBRO?

El sofisticado análisis con EEG computarizado, conocido como EEG cuantitativo (qEEG), puede rastrear la actividad de las ondas cerebrales milisegundo a milisegundo, y su *software* puede convertir esta actividad en un mapa de colores que muestra las frecuencias superiores o inferiores en áreas clave del cerebro.[19] El qEEG también puede mostrar si las regiones cerebrales se comunican bien o trabajan bien juntas. Existen varias bases de datos de qEEG extensas, con patrones normales y anómalos, lo cual nos permite comparar el qEEG de un paciente con el de miles de otras personas con problemas similares. Finalmente, pero no por ello menos importante, a diferencia de la RMf y otros escáneres similares, el qEEG es relativamente barato y portátil.

El qEEG proporciona pruebas convincentes de los límites arbitrarios de las actuales categorías diagnósticas del DSM. Las etiquetas de las enfermedades mentales del DSM no encajan con patrones específicos de activación cerebral. Los estados mentales que son comunes a varios diagnósticos, como la confusión, la agitación o sentirse incorpóreo, se asocian a patrones específicos en el EEG. En general, cuantos más problemas tiene un paciente, más anomalías presenta en el qEEG.[20]

Para nuestros pacientes, poder ver los patrones de la actividad eléctrica localizada en su cerebro es muy útil. Les podemos mostrar los patrones que parecen ser responsables de sus problemas de concentración o de su ausencia de control emocional. Pueden ver por qué las diferentes áreas de su cerebro deben entrenarse para generar diferentes frecuencias y patrones de comunicación. Estas explicaciones les ayudan a pasar de intentos frustrantes por controlar su comportamiento a aprender a procesar la información de un modo diferente.

Como me escribió recientemente Ed Hamlin, que nos enseñó a interpretar

el qEEG: «Muchas personas responden a la formación, pero las que responden mejor y más deprisa son las que pueden ver que el *feedback* está relacionado con algo que están haciendo. Por ejemplo, si estoy intentando ayudar a una persona a mejorar su capacidad de estar presente, podemos ver cómo le va. Así es como los beneficios empiezan a acumularse. Experimentar la posibilidad de cambiar nuestra actividad cerebral con nuestra mente resulta muy fortalecedor».

¿CÓMO CAMBIA EL TRAUMA LAS ONDAS CEREBRALES?

En nuestro laboratorio de neurofeedback, vemos a personas con largos historiales de estrés traumático que solo han respondido parcialmente a los tratamientos existentes. Sus qEEG muestran varios patrones diferentes. A menudo, presentan una actividad excesiva en el lóbulo temporal derecho, el centro del miedo del cerebro, combinada con demasiada actividad frontal de las ondas lentas. Esto significa que su cerebro emocional hiperactivado domina su vida mental. Nuestra investigación ha mostrado que calmar el centro del miedo reduce los problemas relacionados con el trauma y mejora el funcionamiento ejecutivo. Esto se refleja no solo en una disminución significativa de las puntuaciones del TEPT, sino también en la mejora de su claridad mental y en una mejor capacidad de regular su malestar en respuesta a provocaciones relativamente menores.[21]

Otros pacientes traumatizados presentan patrones de hiperactividad en cuanto cierran los ojos: no ver lo que está sucediendo a su alrededor hace que tengan ataques de pánico y sus ondas cerebrales se vuelven locas. Los entrenamos para que formen patrones cerebrales más relajados. Otro grupo, sin embargo, reacciona en exceso ante sonidos y luces, señal de que al tálamo le cuesta filtrar la información relevante. En estos pacientes, nos centramos en cambiar los patrones de comunicación en la parte posterior del cerebro.

Mientras que nuestro centro se centra en encontrar tratamientos óptimos para el estrés traumático de larga duración, Alexander McFarlane está estudiando cómo la exposición a la guerra cambia unos cerebros previamente normales. El Departamento de Defensa australiano pidió a su grupo de investigación que midiera los efectos del despliegue bélico en Irak y Afganistán sobre el funcionamiento mental y biológico, incluyendo los patrones de las ondas cerebrales. En la fase inicial, McFarlane y sus

compañeros midieron el qEEG de 179 tropas de combate 4 meses antes y 4 meses después de su despliegue en Oriente Medio.

Los hallazgos fueron que el número total de meses en combate en un periodo de tres años se asociaba con una reducción progresiva de la potencia alfa en la parte posterior del cerebro. Esta área, que controla el estado corporal y regula procesos tan elementales como el sueño y el hambre, normalmente tiene el nivel más alto de ondas alfa de todas las regiones del cerebro, especialmente cuando la gente cierra los ojos. Como hemos visto, las ondas alfa están relacionadas con la relajación. La disminución de potencia alfa en estos soldados refleja un estado de agitación permanente. Al mismo tiempo, las ondas cerebrales de la parte frontal del cerebro, que normalmente tienen niveles elevados de ondas beta, muestran un enlentecimiento progresivo con cada despliegue. Los soldados gradualmente desarrollan una actividad en los lóbulos frontales parecida a la de los niños con TDAH, lo cual interfiere con su funcionamiento ejecutivo y su capacidad de centrar la atención.

El efecto neto de ello es que la activación, que se supone que debe proporcionarnos la energía necesaria para realizar las tareas diarias, ya no ayuda a estos soldados a centrarse en las tareas ordinarias. Simplemente, hace que estén nerviosos e inquietos. En este punto del estudio de McFarlane, es demasiado pronto para saber si alguno de estos soldados desarrollará un TEPT, y solo el tiempo dirá hasta qué punto su cerebro se reajustará al reto de la vida civil.

EL NEUROFEEDBACK Y LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Los malos tratos crónicos y el abandono en la infancia interfieren con la correcta programación de los sistemas de integración sensorial. En algunos casos, ello genera un trastorno de aprendizaje, que incluye malas conexiones entre los sistemas auditivos y de procesamiento de las palabras, y una mala coordinación entre las manos y la vista. Mientras estén paralizados o explosivos, es difícil ver las dificultades que tienen los adolescentes de nuestros programas de tratamiento residenciales en procesar la información diaria, pero cuando se tratan con éxito sus problemas conductuales, sus trastornos de aprendizaje suelen hacerse visibles. Aunque estos niños traumatizados puedan permanecer sentados y prestar atención, muchos

estarán discapacitados por sus malas aptitudes de aprendizaje.[22]

Lisa describió cómo el trauma había interferido con la correcta programación de algunas funciones de procesamiento básicas. Me contaba que siempre «se perdía» al ir a sitios, y recordaba tener un notable retraso auditivo que le impedía seguir las instrucciones de sus maestros. «Imagine estar en el aula –me dijo– y que venga el maestro y diga: "Buenos días, id a la página 272. Haced los problemas del 1 al 5". Si vas una fracción de segundo tarde, es un lio. Era imposible concentrarme».

El neurofeedback le ayudó a revertir esas dificultades de aprendizaje. «Aprendí a controlar las cosas. Por ejemplo, a leer mapas. Justo después de empezar la terapia, se produjo un momento memorable cuando iba de Amherst a Northampton [menos de 15 km] para ver a Sebern. Tenía que tomar un par de autobuses, pero terminé caminando por la autopista unos 3 km. Estaba muy desorganizada, no podía leer los horarios, no podía controlar el tiempo. Estaba demasiado alterada y nerviosa, lo cual me hacía estar cansada todo el tiempo. No podía prestar atención y mantenerla. No podía organizar mi cerebro alrededor de la información».

Esta afirmación define el reto de la ciencia del cerebro y de la mente: ¿cómo ayudar a las personas a aprender a organizar el tiempo y el espacio, la distancia y las relaciones, unas capacidades que se instalan en el cerebro en los dos primeros años de vida, si el trauma ha interferido con su desarrollo? Ni los fármacos ni las terapias convencionales han demostrado que activaran la neuroplasticidad necesaria para recuperar estas capacidades después del paso de esos periodos críticos. Ahora es el momento de estudiar si el neurofeedback puede triunfar allí donde otras intervenciones han fracasado.

ENTRENAMIENTO ALFA-THETA

El entrenamiento alfa-theta es un procedimiento de neurofeedback especialmente fascinante, porque puede inducir el tipo de estados hipnagógicos (la esencia del trance hipnótico) que se describen en el capítulo 15.[23] Cuando las ondas theta predominan en el cerebro, la mente se centra en el mundo interior, un mundo de imágenes que flotan libremente. Las ondas del cerebro alfa pueden actuar como un puente del mundo externo al interno, y viceversa. En el entrenamiento alfa-theta, estas frecuencias se recompensan alternativamente.

El reto en el TEPT es abrir la mente a nuevas posibilidades, para que el

presente deje de interpretarse como revivir constantemente el pasado. Los estados de trance, durante los cuales predomina la actividad theta, puede ayudar a liberar las conexiones condicionadas entre unos estímulos y respuestas concretos, como los chasquidos fuertes similares a los disparos, precursores de la muerte. Se puede crear una nueva asociación en la que el mismo ruido fuerte se asocie con los fuegos artificiales del 4 de Julio al final del día en la playa con nuestras personas queridas.

En los estados crepusculares fomentados por el entrenamiento alfa/theta, los acontecimientos traumáticos se pueden volver a experimentar de un modo seguro y se pueden fomentar nuevas asociaciones. Algunos pacientes indican imágenes inusuales o pensamientos profundos sobre su vida; otros simplemente están más relajados y menos rígidos. Cualquier estado en el que la gente pueda experimentar de un modo seguro imágenes, sentimientos y emociones asociadas con el terror y la impotencia es probable que cree un potencial fresco y una perspectiva más amplia.

¿Pueden las ondas alfa/theta revertir los patrones de hiperactivación? Las pruebas acumuladas son prometedoras. Eugene Peniston y Paul Kulkosky, investigadores del Centro Médico de la VA en Fort Lyon (Colorado), usaron el neurofeedback para tratar a veintinueve veteranos de Vietnam con historiales de doce a quince años de TEPT crónico relacionado con la guerra. Quince hombres fueron asignados aleatoriamente al entrenamiento alfa/theta con EEG y catorce a un grupo de control que recibió un tratamiento médico estándar, que incluía fármacos psicotrópicos y terapia individual y en grupo. De media, los participantes de ambos grupos habían sido hospitalizados más de cinco veces por su TEPT. El neurofeedback facilitó los estados crepusculares del aprendizaje recompensando las ondas alfa y theta. Los hombres debían reclinarse en un sillón abatible con los ojos cerrados y se les enseñaba a permitir que los sonidos del neurofeedback los guiaran hacia una relajación profunda. También se les pidió que usaran imágenes mentales positivas (por ejemplo, estar sobrio, vivir confiados y felices) a medida que entraban en el estado alfa-theta similar al trance.

Este estudio, publicado en 1991, obtuvo uno de los mejores resultados jamás registrados para el TEPT. El grupo del neurofeedback mostró una disminución significativa de los síntomas de TEPT, así como de las quejas físicas, la depresión, la ansiedad y la paranoia. Tras la fase de tratamiento, se contactaba mensualmente con los veteranos y sus familiares durante un periodo de 30 meses. Solo 3 de los 15 veteranos tratados con neurofeedback

declararon tener *flashbacks* y pesadillas perturbadores. Los 3 decidieron realizar 10 sesiones adicionales; solo 1 debió volver al hospital para más tratamiento. 14 de los 15 estaban tomando mucha menos medicación.

En cambio, todos los veteranos del grupo de comparación experimentaron un aumento en los síntomas del TEPT durante el periodo de seguimiento, y todos ellos requirieron al menos dos hospitalizaciones más. Diez de los del grupo de comparación también aumentaron la medicación.[24] Este estudio ha sido reproducido por otros investigadores, pero sorprendentemente ha recibido poca atención fuera de la comunidad del neuro-feedback.[25]

NEUROFEEDBACK, TEPT Y ADICCIÓN

Aproximadamente de un tercio a la mitad de las personas gravemente traumatizadas desarrollan problemas con el abuso de sustancias.[26] Desde la época de Homero, los soldados han usado el alcohol para no sentir el dolor, la irritabilidad ni la depresión. En un estudio reciente, la mitad de las víctimas de accidentes con vehículos de motor desarrolló problemas con las drogas o el alcohol. El consumo de alcohol hace que la gente se despreocupe y por lo tanto aumenta las posibilidades de volver a traumatizarse (aunque estar borracho durante un ataque en realidad reduce la probabilidad de desarrollar un TEPT).

Existe una relación circular entre el TEPT y el consumo de sustancias. Aunque las drogas y el alcohol puedan aliviar temporalmente los síntomas del trauma, dejar de consumirlos aumenta la hiperactivación, con lo cual se intensifican las pesadillas, los *flashbacks* y la irritabilidad. Solo existen dos maneras de poner fin a este círculo vicioso: resolviendo los síntomas del TEPT con métodos como la EMDR o tratando la hiperactivación que forma parte tanto del TEPT como de la abstinencia de las drogas y el alcohol. En ocasiones se recetan fármacos como la naltrexona para reducir la hiperactivación, pero este tratamiento solo ayuda en algunos casos. Una de las primeras mujeres que entrené con neurofeedback tenía una adicción a la cocaína de larga duración, además de un horrible historial de abusos sexuales y abandono infantil. Para mi gran sorpresa, abandonó el consumo de cocaína tras las dos primeras sesiones y cinco años después seguía sin consumir. Nunca había visto a nadie recuperarse tan rápido de un consumo de drogas tan severo, así que busqué en la literatura científica existente un poco de orientación.[27] La mayoría de los estudios sobre este tema se habían hecho

hacía más de dos décadas; más recientemente, se habían publicado muy pocos estudios sobre el neurofeedback para el tratamiento de las adicciones, al menos en Estados Unidos.

Entre el 75 y el 80 % de los pacientes ingresados para desintoxicarse o debido al consumo de alcohol y drogas recae. Otro estudio de Peniston y Kulkosky (sobre los efectos del entrenamiento con neurofeedback en veteranos que tenían diagnósticos duales de alcoholismo y TEPT)[28] se centró en este problema. Quince veteranos recibieron el entrenamiento alfa-theta, mientras que el grupo de control recibió un tratamiento estándar sin neurofeedback. Los sujetos fueron controlados regularmente durante tres años, durante los cuales ocho miembros del grupo de neurofeedback dejaron de beber por completo y uno se emborrachó una vez pero se sintió mal y no volvió a beber más. La mayoría de ellos estaban mucho menos depresivos. Como afirmó Peniston, los cambios declarados se correspondían con el hecho de ser «más bondadosos, más inteligentes, más estables emocionalmente, más apegados socialmente, estar más relajados y más satisfechos».[29] En cambio, todos los que habían recibido un tratamiento estándar fueron hospitalizados de nuevo en los dieciocho meses siguientes.[30] Desde entonces, se han publicado algunos estudios sobre el neuro-feedback para las adicciones,[31] pero esta importante aplicación requiere mucha más investigación para establecer su potencial y sus limitaciones.

EL FUTURO DEL NEUROFEEDBACK

En mi consulta utilizo el neurofeedback básicamente para la hiperactivación, la confusión y los problemas de concentración de las personas que sufren un trauma del desarrollo. Sin embargo, también ha demostrado buenos resultados para numerosos trastornos y patologías que van más allá del alcance de este libro, como el alivio de las cefaleas tensionales, la mejora del funcionamiento cognitivo tras una lesión cerebral traumática, la reducción de la ansiedad y los ataques de pánico, aprender a profundizar en los estados de meditación, el tratamiento del autismo, la mejora del control de las convulsiones, la autorregulación en los trastornos del estado de ánimo, ente otros. En el año 2013, el neurofeedback se usaba en diecisiete instalaciones militares y de la VA para tratar el TEPT,[32] y se está empezando a valorar la documentación científica sobre su eficacia en veteranos de guerra recientes. Frank Duffy, director de los laboratorios clínicos de neurofisiología y de

neurofisiología del desarrollo del Hospital de Niños de Boston, ha comentado: «La literatura, que carece de estudios negativos, sugiere que el neurofeedback desempeña un papel terapéutico importante en muchas áreas diferentes. En mi opinión, si cualquier medicación hubiera demostrado un espectro de eficacia tan amplio estaría universalmente aceptado y sería ampliamente utilizado».[33]

Quedan por responder muchas preguntas sobre los protocolos de tratamiento con el neurofeedback, pero el paradigma científico está cambiando gradualmente hacia una dirección que invita a realizar una exploración más profunda de estas cuestiones. En 2010, Thomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental, publicó un artículo en *Scientific American* titulado «Faulty Circuits» (Circuitos defectuosos), en el que hacía un llamamiento a volver a entender la mente y el cerebro en términos de ritmos y patrones de comunicación eléctrica. «Las regiones cerebrales que funcionan juntas para llevar a cabo operaciones mentales normales (y anómalas) pueden compararse con los circuitos eléctricos: la investigación más reciente muestra que tras muchos trastornos mentales puede subyacer el mal funcionamiento de circuitos enteros».[34] Tres años después, Intel anunció que el NIMH estaba «reorientando su investigación alejándose de las categorías del DSM»,[35] centrándose en lugar de eso en los «trastornos del conectoma humano».[36]

Según Francis Collins, director de los Institutos Nacionales de Salud (del que el NIMH forma parte), «El conectoma se refiera a la red exquisitamente interconectada de neuronas (células nerviosas) del cerebro. Como el genoma, el microbioma y otros apasionantes “omas”, el esfuerzo por cartografiar el conectoma y descifrar las señales eléctricas que se mueven por él para generar nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos ha sido posible mediante el desarrollo de nuevas herramientas y tecnologías potentes».[37] El conectoma está actualmente siendo cartografiado en detalle bajo los auspicios del NIMH.

Mientras esperamos los resultados de esta investigación, me gustaría dar la última palabra a Lisa, la superviviente que me introdujo al enorme potencial del neurofeedback. Cuando le pedí que resumiera lo que este tratamiento había hecho para ella, dijo: «Me ha calmado. Ha detenido la disociación. Puedo usar mis sentimientos, no me escapo de ellos. Ya no soy rehén suyo. No puedo conectarlos y desconectarlos, pero puedo dejarlos de lado. Puede que esté triste sobre los malos tratos que sufrí, pero puedo

dejarlos a un lado. Puedo llamar a una amiga y no hablar de ello si no quiero, o puedo hacer deberes o limpiar mi apartamento. Ahora las emociones significan algo. No estoy nerviosa todo el tiempo, y cuando lo estoy, puedo reflexionar sobre ello. Si la ansiedad viene de mi pasado, puedo encontrarla allí, o puedo ver su relación con mi vida ahora. Y no son solo emociones negativas como la rabia o la ansiedad, puedo reflexionar sobre el amor y las relaciones íntimas o el atractivo sexual. No estoy todo el tiempo en lucha o huida. Tengo la presión arterial baja. No estoy preparada físicamente para saltar en cualquier momento o para defenderme de un ataque. El neurofeedback me ha permitido mantener una relación. El neurofeedback me ha liberado para vivir mi vida como yo quiero, porque no siempre estoy cautiva del mal que me hicieron y de las consecuencias que ha tenido sobre mí».

Al cabo de cuatro años, la vi de nuevo y grabé nuestra conversación. Lisa se graduó entre las mejores de la facultad de enfermería y actualmente trabaja a tiempo completo como enfermera en un hospital de su ciudad.

CAPÍTULO 20

ENCONTRAR NUESTRA VOZ: RITMOS COMUNITARIOS Y TEATRO

> Actuar no es crear un personaje, sino descubrir el personaje que llevamos dentro: nosotros somos el personaje, solo debemos encontrarlo en nosotros mismos, aunque sea una versión muy dilatada de nosotros.
>
> –Tina Packer

Muchos científicos que conozco se inspiraron en los problemas de salud de sus hijos para encontrar nuevas formas de comprender la mente, el cerebro y la terapia. La superación por parte de mi propio hijo de una enfermedad misteriosa que, a falta de un nombre mejor, se llama «síndrome de fatiga crónica», me convenció de las posibilidades terapéuticas del teatro.

Nick se pasó gran parte del séptimo y el octavo curso en la cama, abotargado por unas alergias y unas medicaciones que le dejaban demasiado exhausto para ir a la escuela. Su madre y yo vimos cómo se iba atrincherando en su identidad como niño aislado que se odiaba a sí mismo, y estábamos desesperados por ayudarle. Cuando su madre se dio cuenta de que hacia las cinco de la tarde era cuando reunía un poco de energía, le apuntamos a unas

clases de teatro improvisado por las tardes, en las que al menos tendría la oportunidad de interactuar con otros niños y niñas de su edad. Empezó con el grupo y con los ejercicios de interpretación y pronto le dieron su primer papel como Action en *West Side Story*, un niño duro que siempre está dispuesto a pelear y es el protagonista de la canción «Gee, Officer Krupke». Un día en casa le pillé andando contoneándose, como si fuera un tipo influyente. ¿Estaba experimentando una sensación física de placer imaginando ser un tipo duro que se hace respetar?

Luego, interpretó a Fonz en *Happy Days*. Que las chicas le adoraran y tener al público embelesado fue realmente el punto de inflexión de su recuperación. A diferencia de su experiencia con los numerosos terapeutas que habían hablado con él sobre lo mal que se sentía, el teatro le dio la posibilidad de experimentar profunda y físicamente cómo era ser alguien diferente de ese niño con problemas de aprendizaje y extremadamente sensible en el que poco a poco se había convertido. Ser un miembro valioso del grupo le permitió experimentar visceralmente el poder y la competencia. Creo que esta nueva versión incorporada de sí mismo le puso en el camino de convertirse en el adulto creativo y afectuoso que es hoy.

Nuestra sensación de agencia, cuánto nos sentimos bajo control, se define por nuestra relación con nuestro cuerpo y con sus ritmos: cuándo nos despertamos, cuándo dormimos, cómo comemos, nos sentamos y caminamos define los contornos de nuestros días. Para encontrar nuestra voz, debemos estar *en* nuestro cuerpo, poder respirar completamente y acceder a nuestras sensaciones interiores. Esto es lo opuesto a la disociación, a estar «fuera del cuerpo» y desaparecer. También es lo opuesto a la depresión, a permanecer de bajón ante una pantalla que nos ofrece un entretenimiento pasivo. Actuar es la experiencia de usar nuestro cuerpo para adoptar nuestro lugar en la vida.

EL TEATRO DE LA GUERRA

En la transformación de Nick no fue la primera vez en la que vi los beneficios del teatro. En 1988, todavía estaba tratando a tres veteranos con TEPT que había conocido en la VA, y cuando mostraron una repentina mejoría en su vitalidad, optimismo y relaciones familiares lo atribuí a la consolidación de mis aptitudes terapéuticas. Luego, descubrí que los tres estaban participando en una producción teatral.

Con el objetivo de escenificar los aprietos de los veteranos sin hogar,

convencieron al dramaturgo David Mamet, que vivía cerca, de que se reuniera semanalmente con su grupo para escribir un guion en torno a sus experiencias. Mamet contrató luego a Al Pacino, Donald Sutherland y Michael J. Fox para que fueran a Boston una tarde para un evento llamado *Sketches of War*, que recaudaba dinero para convertir la clínica de la VA en la que yo visitaba a mis pacientes en un centro para los veteranos sin hogar.[1] Estar en un escenario con actores profesionales, hablando sobre sus recuerdos de la guerra y leyendo sus poemas, fue claramente una experiencia más transformadora que cualquier otra terapia que hubieran hecho.

Desde tiempos inmemoriales, los seres humanos han usado rituales comunitarios para lidiar con sus sentimientos más potentes y aterradores. El teatro de la Grecia clásica, el más antiguo del que tenemos registros escritos, parece que surgió de ritos religiosos que incluían bailes, canciones y la representación de historias míticas. Hacia el siglo v a. C., el teatro desempeñaba una función central en la vida cívica, con el público sentado en gradas en forma de herradura alrededor del escenario, lo cual les permitía ver las emociones y las reacciones de los demás.

El drama griego habría podido servir como una reintegración ritual para los veteranos de guerra. En la época en que Esquilo escribió la trilogía *Orestíada*, Atenas estaba en guerra en seis frentes; el ciclo de la tragedia empieza cuando el rey Agamenón al volver de la guerra es asesinado por su esposa, Clitemnestra, por haber sacrificado a su hija antes de partir hacia la guerra de Troya. El servicio militar era obligatorio para todos los ciudadanos adultos de Atenas, así que entre el público seguro que había veteranos de guerra y soldados en activo de permiso. Los actores seguramente también debían de ser ciudadanos soldados.

Sófocles era un oficial general en las guerras de Atenas contra los persas y su obra Áyax, que termina con el suicidio de uno de los mayores héroes de la guerra de Troya, parece una descripción de manual del estrés traumático. En 2008, el escritor y director Bryan Doerries adaptó una lectura de Áyax para quinientos marines en San Diego y quedó sorprendido por la acogida que tuvo. (Como muchas de las personas que trabajamos con los traumas, la inspiración de Doerries era personal; estudió a los clásicos en la universidad y volvió a los textos griegos en busca de consuelo al perder a una novia a causa de una fibrosis quística). Su proyecto «El teatro de la guerra» evolucionó desde ese primer evento, y con fondos del Departamento de Defensa de Estados Unidos, esta obra escrita hace más de 2500 años ha sido

representada más de doscientas veces en Estados Unidos y en el extranjero para dar voz a las penurias de los veteranos de guerra y fomentar el diálogo y la comprensión entre sus familias y amigos.[2]

Las funciones del teatro de la guerra van seguidas por un debate estilo pleno municipal. Asistí a la lectura de Áyax en Cambridge (Massachusetts) poco después de que los medios publicaran el aumento del 27 % de suicidios entre los veteranos de guerra en los últimos tres años. Unas cuarenta personas (veteranos de Vietnam, viudas de militares, hombres y mujeres que habían servido en Irak y Afganistán recientemente licenciados) hacían cola delante del micrófono. Muchos de ellos citaban frases de la obra al hablar de sus noches de insomnio, de su adicción a las drogas y del distanciamiento de su familia. El ambiente era eléctrico. Después, el público se reunió en el recibidor; algunas personas se abrazaban y lloraban y otras mantenían profundas conversaciones.

Como Doerries dijo más tarde: «A todos los que han estado en contacto con el dolor extremo, el sufrimiento o la muerte no les cuesta nada comprender el drama griego. Consiste en dar testimonio a las historias de los veteranos».[3]

MANTENERNOS UNIDOS EN EL TIEMPO

El movimiento colectivo y la música crean un contexto mayor para nuestra vida, un significado más allá de nuestro destino individual. Los rituales religiosos de todo el mundo incluyen movimientos rítmicos, desde las oraciones judías ante el Muro de las Lamentaciones en Jerusalén hasta la liturgia cantada y los gestos de la misa católica, pasando por la meditación en movimiento en las ceremonias budistas y los rituales de oraciones rítmicas realizadas cinco veces al día por los musulmanes devotos.

La música fue una columna vertebral del movimiento de derechos civiles de Estados Unidos. Cualquier persona viva en esa época no olvidará las hileras de marchistas, con los brazos unidos, cantando *We Shall Overcome* (Lo superaremos) mientras andaban ininterrumpidamente hacia la policía, amontonada para detenerlos. La música une a las personas que individualmente puede que estén aterrorizadas, pero que colectivamente se convierten en poderosas defensoras de sí mismas y de los demás. Junto con el lenguaje, el baile, las marchas y las canciones son formas únicamente humanas de instalar una sensación de esperanza y de valor.

Observé la fuerza de los ritmos comunitarios en acción cuando vi al arzobispo Desmond Tutu realizando audiencias públicas ante la Comisión para la Verdad y la Reconciliación en Sudáfrica en 1996. Estos acontecimientos se acompañaron de cantos y danzas colectivos. Los testigos contaban las atrocidades indescriptibles que les habían infligido a ellos y a sus familias. Cuando las historias los abrumaban demasiado, Tutu interrumpía su testimonio y dirigía a todo el público en oraciones, canciones y bailes hasta que el testigo podía contener su llanto y detener su colapso físico. Esto permitía a los participantes pendular dentro y fuera de la vivencia de su horror y encontrar palabras para describir lo que les había sucedido. Fue únicamente mérito de Tutu y de los otros miembros de la comisión evitar lo que habría podido ser un desenfreno de venganza, como suele pasar tantas veces cuando las víctimas finalmente se liberan.

Hace algunos años descubrí *Keeping Together in Time*,[4] escrita por el gran historiador William H. McNeill hacia el final de su carrera. Este breve libro examina el papel histórico de la danza y el hábito militar de crear lo que McNeill llama «apego muscular» y propone un nuevo enfoque sobre la importancia del teatro, del baile comunitario y del movimiento. También resolvió una confusión antigua que yo tenía en mi mente. Como persona criada en los Países Bajos, siempre me había preguntado cómo un grupo de simples campesinos y pescadores holandeses pudieron librarse del poderoso Imperio español. La guerra de los ochenta años, que duró desde finales del siglo XVI hasta mediados del XVII, empezó como una serie de acciones de guerrilla, y parecía destinada a permanecer así, porque los soldados poco disciplinados y mal pagados escapaban a menudo bajo los disparos de los mosquetes. Esto cambió cuando el príncipe Mauricio de Orange se convirtió en el líder de los rebeldes holandeses. Con solo veintipocos años, había terminado recientemente sus estudios de latín, lo cual le permitió leer los manuales romanos de 1500 años de antigüedad sobre tácticas militares. Aprendió que el general romano Licurgo había introducido los pasos de marcha en las legiones romanas y que el historiador Plutarco había atribuido su invencibilidad a esta práctica: «Era una visión totalmente magnífica y terrible verlos marchar al son de sus flautas, sin ningún desorden en sus filas, sin ninguna descompostura en su mente ni cambio en sus semblantes, moviéndose tranquila y animadamente con la música hacia la batalla mortal».[5]

El príncipe Mauricio instauró la marcha en formación cerrada,

acompañada por tambores, flautas y trompetas, en su variado ejército. Este ritual colectivo no solo proporcionaba a sus hombres la sensación de propósito y de solidaridad, sino que también les permitía ejecutar complicadas maniobras. Posteriormente, la formación cerrada se extendió por toda Europa, y hasta la actualidad los principales servicios de los militares estadounidenses tienen sus bandas de marcha, aunque los flautines y los tambores ya no acompañen a las tropas a la batalla.

El neurocientífico Jaak Panksepp, que nació en el diminuto país báltico de Estonia, me contó la sorprendente historia de la «Revolución Cantada» de Estonia. En junio de 1987, en una de esas tardes de verano subártico interminables, más de 10.000 asistentes a un concierto en el festival de música de Tallin se unieron por las manos y empezaron a cantar canciones patrióticas que durante medio siglo habían sido prohibidas por la ocupación soviética. Esos cantos en grupo y protestas continuaron y, el 11 de septiembre de 1988, 300.000 personas (aproximadamente un cuarto de la población estonia) se reunieron para cantar y pedir públicamente la independencia. En agosto de 1991, el Congreso de Estonia proclamó la restauración del Estado estonio, y cuando los tanques soviéticos intentaron intervenir, la gente actuó como escudos humanos para proteger las cadenas de radio y televisión estonias. Como un columnista escribió en *The New York Times*: «Si imaginamos la escena de *Casablanca*, en la que los patronos franceses cantan *La Marsellesa* desafiando a los alemanes, y luego multiplicamos su poder por un factor de miles de personas, podremos empezar a imaginar la fuerza de la Revolución Cantada».[6]

TRATAR EL TRAUMA MEDIANTE EL TEATRO

Es sorprendente que haya tan pocos estudios sobre cómo las ceremonias colectivas afectan a la mente y al cerebro y cómo pueden prevenir o aliviar el trauma. En la última década, sin embargo, he tenido la oportunidad de observar y estudiar tres programas diferentes para tratar el trauma a través del teatro: el Urban Improv de Boston[7] y el programa Trauma Drama que se inspiró en las escuelas públicas de Boston y en nuestros centros residenciales;[8] el Possibility Project, dirigido por Paul Griffin en la ciudad de Nueva York;[9] y Shakespeare & Company, en Lenox (Massachusetts), que dirige un programa para delincuentes juveniles llamado «Shakespeare in the Courts»[10] (Shakespeare en los tribunales). En este capítulo, me centraré en

estos tres grupos, pero existen muchos programas dramáticos terapéuticos excelentes en Estados Unidos y en otros países, que hacen que el teatro sea un recurso ampliamente disponible para la recuperación.

A pesar de sus diferencias, todos estos programas comparten una base común: la confrontación de las realidades dolorosas de la vida y una transformación simbólica mediante la acción comunitaria. El amor y el odio, la agresividad y la rendición, la lealtad y la traición son el contenido del teatro y el contenido del trauma. Culturalmente, se nos forma para que nos distanciemos de la verdad de lo que estamos sintiendo. Según las pala-bras de Tina Packer, la carismática fundadora de Shakespeare & Company: «Formar a los actores implica formar a las personas a actuar en contra de esta tendencia; no solo a sentir profundamente, sino también a transmitir ese sentimiento en cada momento al público, para que el público lo reciba y no se cierre ante él».

A las personas traumatizadas les aterroriza sentir profundamente. Les da miedo experimentar sus emociones, porque las emociones conducen a la pérdida de control. En cambio, el teatro consiste en encarnar emociones, en darles voz, en participar rítmicamente, asumiendo y encarnando diferentes papeles.

Como hemos visto, la esencia del trauma es sentirse abandonado de la mano de Dios, separado de la raza humana. El teatro implica una confrontación colectiva con las realidades de la condición humana. Como me dijo Paul Griffin al hablarme del programa de teatro para sus niños en acogida temporal: «El contenido de la tragedia en el teatro gira en torno al manejo de la traición, el ataque y la destrucción. Estos niños no tienen ningún problema para entender cómo son Lear, Otelo, MacBeth o Hamlet». Según la propia Tina Packer: «Todo se basa en utilizar todo el cuerpo y que otros cuerpos resuenen con tus sentimientos, tus emociones y tus pensamientos». El teatro ofrece a los supervivientes de traumas la posibilidad de conectar entre sí experimentando profundamente su humanidad común.

A las personas traumatizadas les asusta el conflicto. Temen perder el control y terminar de nuevo en el lado de los perdedores. El conflicto ocupa un lugar central en el teatro (conflictos internos, conflictos interpersonales, conflictos familiares, conflictos sociales, y sus consecuencias). El trauma consiste en intentar olvidar, en ocultar lo asustados, furiosos o impotentes que nos sentimos. El teatro consiste en encontrar maneras de contar la verdad y transmitir verdades profundas al público. Esto requiere superar los bloqueos

para descubrir nuestra propia verdad, explorando y examinando nuestra propia experiencia interior para que pueda emerger en nuestra voz y en nuestro cuerpo encima del escenario.

HACER QUE PARTICIPAR SEA SEGURO

Estos programas de teatro no son para aspirantes a actores, sino para adolescentes furiosos, asustados o alborotadores o para veteranos retraídos, alcohólicos o quemados. Cuando vienen a la rehabilitación, se desploman en su silla, temerosos de que los demás vean inmediatamente sus fallos. Los adolescentes traumatizados son un caos: inhibidos, desintonizados, inarticulados, descoordinados y sin propósito. Están demasiado hiperactivados para darse cuenta de lo que sucede a su alrededor. Estallan fácilmente y se basan más en las acciones que en las palabras para descargar sus sentimientos.

Todos los directores con los que he trabajado están de acuerdo en que el secreto es ir despacio y atraerlos poco a poco. El reto inicial es simplemente que los participantes estén más activos en la sala. Así describía Kevin Coleman, director de Shakespeare in the Courts, su trabajo con adolescentes cuando le entrevisté: «Primero hacemos que se levanten y caminen por la sala. Luego empezamos a crear un equilibrio en el espacio, para que no caminen sin rumbo fijo, sino que sean conscientes de las demás personas. Poco a poco, con pequeñas indicaciones, se va haciendo más complejo: andad sobre dedos de los pies, o sobre los talones, o hacia atrás. Luego, cuando chocan con alguien, gritan y caen al suelo. Tras aproximadamente treinta órdenes, están allí levantando los brazos por los aires, y terminamos calentando todo el cuerpo, pero es progresivo. Si das un salto demasiado grande, todos chocan contra la pared».

«Tienes que hacer que para ellos prestar atención a los demás sea algo seguro. Cuando tienen el cuerpo un poco más libre, les puedo decir: “No establezcáis contacto visual con nadie, mirad solo hacia el suelo”. La mayoría está pensando: “Genial, ya lo estaba haciendo”, pero luego digo: “Ahora empezad a prestar atención a la gente de vuestro lado, pero no dejéis que os vean mirando”. Y luego: “Estableced contacto visual solo durante un segundo”. Luego: “Sin contacto visual… ahora, con contacto visual… ahora sin. Ahora, estableced contacto visual y mantenedlo demasiado rato. Sabréis cuándo es demasiado porque o bien querréis empezar a salir con esa persona

o bien querréis empezar a pelearos con ella. Cuando pasa esto significa que el contacto es demasiado largo”.

»En su vida normal, no establecen este tipo de contacto visual extenso con nadie, ni con una persona con la que estén hablando. No saben si esa persona es inofensiva o no. Así que lo que estamos haciendo es que se sientan seguros para no desaparecer cuando establecen ese contacto visual, o cuando alguien les mira. Poco a poco, poco a poco».

Los adolescentes traumatizados están notablemente fuera de sintonía. En el programa Trauma Drama del Trauma Center, usamos ejercicios de imitación para ayudarles a sintonizar entre sí. Si levantan el brazo derecho, el compañero lo levanta también; si dan una vuelta, el compañero lo hace también. Empiezan a observar cómo cambian los movimientos corporales y las expresiones faciales, cómo sus propios movimientos naturales difieren de los de los demás, y cómo se sienten al hacer movimientos y expresiones poco habituales. La imitación reduce su preocupación sobre lo que los demás piensan de ellos, y les ayuda a sincronizarse instintivamente, no cognitivamente, con la experiencia de otra persona. Cuando la imitación termina en risas, es un indicio claro de que los participantes se sienten seguros.

Para convertirse en compañeros de verdad, también deben aprender a confiar en los demás. Un ejercicio en el que una persona va con los ojos vendados mientras su compañero le guía de la mano es especialmente difícil para nuestros niños. A menudo, para ellos es igual de aterrador ser el líder –que alguien vulnerable confíe en ellos– que llevar los ojos vendados y ser guiado por la otra persona. Primero puede que solo duren diez o veinte segundos, pero poco a poco lo vamos trabajando y pueden llegar hasta los cinco minutos. Después algunos deben ausentarse un rato, porque sentir esas conexiones es muy abrumador emocionalmente.

Los niños y veteranos traumatizados con los que trabajamos se sienten incómodos cuando son vistos, tienen miedo de estar en contacto con lo que sienten, y mantienen a los demás a distancia. El trabajo de cualquier director, como el de cualquier terapeuta, es calmar las cosas para que los actores puedan establecer una relación con ellos mismos, con su cuerpo. El teatro les ofrece una manera única de acceder a todo un conjunto de emociones y de sensaciones físicas que no solo los ponen en contacto con el «entorno» habitual de su cuerpo, sino que también les permite explorar formas alternativas de participar en la vida.

URBAN IMPROV

A mi hijo le encantaba este grupo de teatro, dirigido por Urban Improv (UI), una institución artística de largo recorrido de Boston. Estuvo con ellos durante la secundaria y luego trabajó con ellos como voluntario durante el verano posterior a su primer año de carrera. Fue entonces cuando se enteró de que el programa de prevención de la violencia de UI, que había realizado cientos de talleres en escuelas locales desde 1992, había recibido una subvención de investigación para evaluar su eficacia (y que estaban buscando a alguien para liderar ese estudio). Nick sugirió a las directoras, Kippy Dewey y Cissa Campion, que su padre sería la persona ideal para el trabajo. Afortunadamente para mí, estuvieron de acuerdo.

Empecé a visitar escuelas con el grupo multicultural del UI, que incluía a un director, cuatro actores-educadores profesionales y un músico. Urban Improv crea sátiras guionizadas representando el tipo de problemas a los que los estudiantes se enfrentan a diario: exclusión del grupo de semejantes, celos, rivalidad e ira y conflictos familiares. Las sátiras para alumnos mayores también tratan temas como las citas, las ETS, la homofobia y la violencia entre iguales. En una presentación típica, los actores profesionales pueden representar a un grupo de niños que excluyen a un recién llegado en la mesa de la cantina. Cuando la escena se acerca a un punto determinado (por ejemplo, el recién llegado responde a su desprecio) el director congela la escena. Entonces, invita a un miembro de la clase a sustituir a uno de los actores y a mostrar cómo se habría sentido y habría actuado en esa situación. Estos guiones permiten a los estudiantes observar sus problemas diarios con cierta distancia emocional mientras experimentan con varias soluciones: ¿se enfrentarán a los acosadores, hablarán con un amigo, llamarán al profesor, contarán a sus padres lo sucedido?

Luego se pide a otro voluntario que pruebe otro enfoque, para que los estudiantes puedan ver cómo pueden evolucionar sus opciones. Diferentes objetos y disfraces ayudan a los participantes a entrar en nuevos papeles, así como el ambiente distendido y el apoyo de los actores. En los grupos de debate posteriores, los estudiantes responden a preguntas como: «¿Esta escena te ha parecido similar o distinta a lo que sucede en tu escuela?». «¿Cómo obtienes el respeto que necesitas?». Y «¿Cómo resuelves tus diferencias?». Estos debates se convierten en animadas conversaciones gracias a las ideas y los pensamientos de los estudiantes.

Nuestro equipo del Trauma Center evaluó este programa con dos cursos distintos en diecisiete escuelas participantes. Las clases que participaron en el programa de UI se compararon con clases similares que no participaron. En las clases de cuarto curso encontramos una respuesta positiva significativa. Sobre unas escalas de valoración estándar relativas a la agresividad, la cooperación y el autocontrol, los estudiantes del grupo UI mostraron significativamente menos peleas y arranques de rabia, más cooperación y más autoafirmación con los compañeros, así como más atención y participación en clase.[11]

Para nuestra sorpresa, estos resultados no encajaron con las clases de octavo curso. ¿Qué había pasado de un curso a otro que afectara sus respuestas? Al principio, solo teníamos nuestras impresiones personales. Cuando visité a los de cuarto, me sorprendió su cándida inocencia y sus ganas de participar. Los de octavo, en cambio, solían estar huraños y a la defensiva y, como grupo, parecían haber perdido la espontaneidad y el entusiasmo. El inicio de la pubertad era un factor evidente del cambio, pero ¿había otros?

Cuando lo analizamos con mayor profundidad, vimos que los niños mayores habían sufrido el doble de traumas que los más pequeños: cada uno de los alumnos de octavo curso de estas escuelas americanas típicas había sido testigo de violencia grave. Dos tercios había observado cinco o más incidentes, incluyendo apuñalamientos, tiroteos, asesinatos y violencia doméstica. Nuestros datos mostraban que los alumnos de octavo con esos niveles de exposición a la violencia eran significativamente más agresivos que los estudiantes sin esos historiales, y el programa no marcó ninguna diferencia significativa en su comportamiento.

El equipo del Trauma Center decidió ver si podíamos cambiar esta situación con un programa más largo y más intenso centrado en ejercicios para trabajar en equipo y regular las emociones, con guiones basados directamente en el tipo de violencia que sufrían esos niños. Durante varios meses, miembros de nuestro personal, liderados por Joseph Spinazzola, se reunieron semanalmente con los actores de UI para desarrollar los guiones. Los actores enseñaron a nuestros psicólogos improvisación, imitación y sintonización física precisa para que pudieran representar de forma creíble estados de debacle, confrontación, terror y colapso. Nosotros enseñamos a los actores los detonantes de los traumas y cómo reconocer y lidiar con las representaciones de estos.[12]

Durante el invierno y la primavera de 2005, probamos el programa resultante en una escuela de día especializada dirigida conjuntamente por las escuelas públicas de Boston y el Departamento de Correccionales de Massachusetts. Era un entorno caótico en el que los estudiantes a menudo van y vienen entre la escuela y la cárcel. Todos ellos procedían de barrios con alta criminalidad y habían estado expuestos a una violencia horrible; nunca había visto a un grupo de niños tan agresivo y huraño. Pudimos entrever la vida de los innumerables maestros de escuelas primarias y secundarias que día a día lidian con alumnos cuya primera respuesta ante los nuevos retos es insolentarse o retraerse de un modo desafiante.

Nos sorprendió descubrir que, en escenas en que alguien corría peligro físicamente, los estudiantes siempre se ponían del lado de los agresores. Como no podían tolerar ninguna señal de debilidad en sí mismos, no podían aceptarla en los demás. No mostraban más que desprecio hacia las víctimas potenciales, gritando cosas como «Mata a la zorra, se lo merece» durante una sátira sobre la violencia doméstica.

Al principio, algunos de los actores quisieron abandonar (simplemente, era demasiado doloroso ver lo malos que eran esos niños) pero aguantaron, y me sorprendió ver cómo poco a poco lograron que los estudiantes experimentaran, aunque con reticencia, con nuevos papeles. Hacia el final del programa, algunos estudiantes incluso se ofrecían voluntarios para participar en escenas que implicaban mostrar vulnerabilidad o miedo. Cuando recibieron su certificado de asistencia, varios regalaron tímidamente dibujos a los actores para mostrarles su aprecio. Detecté algunas lágrimas, algunas posiblemente mías.

Nuestro intento de que el Trauma Drama formara parte habitual del currículo de octavo en las escuelas públicas de Boston desgraciadamente chocó contra la pared de la resistencia burocrática. No obstante, sigue vivo como parte integral de los programas de tratamiento residenciales del Justice Resource Institute, mientras que la música, el teatro, el arte y el deporte (modos eternos de fomentar la competencia y el vínculo colectivo) siguen desapareciendo de nuestras escuelas.

EL POSSIBILITY PROJECT

En el Possibility Project de Paul Griffin de la ciudad de Nueva York los actores no reciben guiones preparados. En lugar de eso, se reúnen durante

nueve meses tres horas a la semana, escriben su propio musical completo y lo representan ante setecientas personas. Durante sus veinte años de historia, el Possibility Project se ha dotado de un personal estable y de unas tradiciones fuertes. Cada equipo de producción está compuesto por recién licenciados que, con la ayuda de actores, bailarines y músicos profesionales, organizan la escritura de los guiones, la escenografía, las coreografías y los ensayos para cada clase entrante. Estos recién licenciados son referencias muy potentes. Como me dijo Paul: «Cuando llegan al programa, los estudiantes piensan que no puede marcar ninguna diferencia, pero preparar un programa como este es una experiencia transformadora para su futuro».

En 2010, Paul empezó un nuevo programa específicamente para los jóvenes de hogares de acogida. Es una población con problemas: a los cinco años de su salida de estos hogares, el 60 % habrá cometido algún delito, el 75 % recibirá asistencia pública y solo el 6 % habrá terminado un diploma de un centro formativo superior.

El Trauma Center trata a muchos niños de hogares de acogida, pero Griffin me hizo ver su vida de un modo distinto: «Entender los hogares de acogida es como aprender sobre un país extranjero. Si no eres de allí, no hablas el idioma. Los jóvenes de los centros de acogida tienen la vida del revés». La seguridad y el amor que otros niños dan por sentado se lo tienen que crear por sí mismos. Cuando Griffin dice «la vida del revés», significa que si tratas a los niños en acogida con amor o generosidad, a menudo no saben qué hacer con ello o cómo responder. La rudeza les es más familiar, el cinismo lo pueden entender.

Como Griffin señala, «El abandono hace que sea imposible confiar, y los niños que han pasado por un hogar de acogida conocen el abandono. No puedes tener ningún impacto hasta que confían en ti». Los niños de los hogares de acogida a menudo responden a varios cuidadores. Si quieren cambiar de escuela, por ejemplo, tienen que lidiar con los padres de acogida, con los representantes de la escuela, con la agencia de acogida y en ocasiones con un juez. Esto suele hacer que sean políticamente perspicaces, aprenden perfectamente a jugar con la gente.

En el mundo de la acogida, la palabra «permanencia» es la palabra de moda. El lema es: «Todo lo que necesitas es un adulto que cuide de ti». Sin embargo, es natural que los adolescentes se distancien de los adultos, y Griffin destaca que la mejor manera de permanencia para los adolescentes es un grupo estable de amigos, que el programa puede proporcionar. Otra

palabra en boga en el mundo de la acogida es «independencia», que Paul contrapone con «*inter*dependencia». «Todos somos interdependientes –destaca–. La idea de pedir a nuestros jóvenes que salgan al mundo completamente solos y se autodenominen independientes es una locura. Debemos enseñarles a ser interdependientes, lo cual significa enseñarles a mantener relaciones».

Paul se dio cuenta de que los jóvenes de los hogares de acogida son actores naturales. Al interpretar a personajes trágicos, debes expresar emociones y crear una realidad que provenga de un lugar de profunda pena y dolor. Los jóvenes de los hogares de acogida es todo lo que conocen. Para ellos, cada día es vida y muerte. Con el tiempo, la colaboración ayuda a los niños a convertirse en personas importantes en la vida de los demás. La primera fase del programa es hacer equipo. El primer ensayo establece los acuerdos básicos: responsabilidad, rendición de cuentas, respeto; sí a las expresiones de afecto, no al contacto sexual en el grupo. Entonces empiezan a cantar y a moverse juntos, lo cual los sincroniza.

Luego llega la segunda fase: compartir la historia de su vida. Ahora se escuchan unos a otros, descubren las experiencias compartidas, yendo más allá de la soledad y el aislamiento del trauma. Paul me dio un vídeo en el que se ve cómo sucede esto en un grupo. Cuando se pide por primera vez a los niños que digan o hagan algo para presentase a los demás, se quedan paralizados, con el rostro inexpresivo, con los ojos mirando al suelo, haciendo todo lo posible para volverse invisibles.

Cuando empiezan a hablar, cuando descubren una voz en la que son primordiales, también empiezan a crear su propio espectáculo. Paul dice claramente que la producción depende de su contribución: «Si pudieras escribir un musical o una obra de teatro, ¿qué pondrías? ¿Castigo? ¿Venganza? ¿Traición? ¿Pérdida? Tenéis que escribir vuestro espectáculo». Se anota todo lo que dicen, y algunos de ellos empiezan a anotar sus propias palabras sobre papel. A medida que va saliendo el guion, el equipo de producción incorpora las palabras concretas de los estudiantes en las canciones y en los diálogos. El grupo aprende que si son capaces de representar sus experiencias suficientemente bien, otras personas los escucharán. Aprenderán a sentir lo que sienten y a saber lo que saben.

El enfoque cambia naturalmente al empezar los ensayos. La historia de dolor, aislamiento y miedo de los niños de acogida ya no ocupa un lugar central, y el énfasis pasa a ser «¿cómo puedo ser el mejor actor, cantante,

bailarín, coreógrafo o diseñador de iluminación o escenografía posible?». Poder actuar se convierte en la cuestión crítica: la competencia es la mejor defensa contra la impotencia del trauma. Esto, naturalmente, sirve para todos nosotros. Cuando el trabajo va mal, cuando un proyecto que amamos fracasa, cuando alguien con quien contamos nos deja o fallece, hay pocas cosas tan útiles como mover los músculos y hacer algo que requiera una atención focalizada. Las escuelas de las zonas desfavorecidas y los programas psiquiátricos a menudo lo pierden de vista. Quieren que los niños actúen «con normalidad», sin construir las competencias que les harán sentirse normales.

Los programas de teatro también enseñan la relación entre causa y efecto. La vida de un niño de acogida es completamente imprevisible. Puede pasar cualquier cosa sin previo aviso: tener un cataclismo ante un detonador; ver cómo detienen o matan a uno de tus padres; ir de casa en casa; que te griten por hacer algo que en tu casa anterior te permitían hacer. En una producción teatral, ven las consecuencias de sus decisiones y acciones desplegadas directamente ante sus ojos. «Si quieres que tengan cierta sensación de control, debes darles poder sobre su destino más que intervenir en su nombre –explica Paul–. No puedes ayudar, arreglar o salvar a las personas con las que estás trabando. Lo que puedes hacer es trabajar con ellas, ayudarles a entender su visión y realizarla con ellas. Al hacerlo, les estamos devolviendo el control. Están superando su trauma sin que nadie haya mencionado nunca la palabra».

SENTENCIADOS ANTE SHAKESPEARE

Para los adolescentes que acuden a las sesiones de Shakespeare in the Courts, no hay improvisación ni guiones construidos en torno a su vida. Todos son «delincuentes juzgados», declarados culpables de delitos de peleas, alcohol, robos y contra la propiedad, condenados por un juez del Tribunal de Menores del condado de Berkshire a realizar un curso de interpretación intensivo de seis semanas, cuatro tardes por semana. Shakespeare es un país extranjero para estos actores. Como Kevin Coleman me dijo, cuando aparecen por primera vez (furiosos, recelosos y en *shock*) están convencidos de que preferirían ir a la cárcel. En lugar de eso, van a estudiar los textos de Hamlet, o Marco Antonio o Enrique V, y luego subir sobre el escenario para representar una obra completa de Shakespeare condensada ante un público de familiares, amigos y representantes del sistema de justicia juvenil.

Sin palabras para expresar los efectos de su veleidosa crianza, estos adolescentes expresan sus emociones con violencia. Shakespeare llama a luchar con espadas, lo cual, como otras artes marciales, les da la oportunidad de practicar la agresividad contenida y las expresiones del poder físico. Se garantiza que todo el mundo esté a salvo. A los niños les encanta el manejo de la espada, pero para que todo el mundo esté a salvo deben negociar y usar el lenguaje.

Shakespeare escribía en un momento de transición, cuando el mundo estaba pasando de una comunicación básicamente oral a escrita, en una época en que la mayoría de la gente firmaba con una X. Estos niños están atravesando su propio periodo de transición; muchos apenas están articulados, y algunos leen a duras penas. Si solo utilizan palabras de cuatro letras no es únicamente para mostrar lo duros que son, sino porque no tienen otro lenguaje para comunicar quiénes son o qué sienten. Cuando descubren la riqueza y el potencial del lenguaje, suelen tener una experiencia visceral de alegría.

Los actores investigan primero lo que Shakespeare está diciendo exactamente, línea a línea. El director introduce las palabras, una a una, en el oído de los actores, y ellos deben decir la línea espirando. Al principio del proceso, muchos de estos niños apenas pueden decir una línea. El progreso es lento, porque cada actor debe ir internalizando las palabras. Las palabras adquieren más profundidad y resonancia cuando la voz cambia en respuesta a sus asociaciones. La idea es inspirar a los actores a percibir sus reacciones ante las palabras, y por consiguiente descubrir al personaje. En lugar de «Tengo que recordar mis líneas», se pone el énfasis en «¿Qué significan estas palabras para *mí*? ¿Qué efecto *tengo* en mis compañeros actores? Y ¿qué me sucede cuando escucho sus líneas?».[13]

Este proceso puede cambiarles la vida, como pude ver en un taller dirigido por actores formados por la Shakespeare & Company del centro médico de la VA en Bath (Nueva York). Larry, un veterano de Vietnam de 59 años con 27 ingresos de desintoxicación en el último año, se ofreció voluntario para interpretar el papel de Bruto en una escena de *Julio César*. Cuando empezó el ensayo, masculló y dijo a toda prisa sus líneas; parecía aterrorizado por lo que la gente pensara de él.

> *¡Acordaos de marzo, acordaos de los idus de marzo!*
> ¿No fue por hacer justicia por lo que corrió sangre del gran

Julio?
¿Qué miserable tocó su cuerpo y lo hirió que no fuera por justicia?

Tardó horas en ensayar el discurso que empieza con esas líneas. Primero simplemente estaba allí, con los hombros caídos, repitiendo las palabras que el director le susurraba al oído: «*Acordaos* —¿qué recuerdas? ¿Recuerdas demasiado? ¿O no lo suficiente?—. *Acordaos* —¿de qué no te quieres acordar? ¿Cómo es recordar?». La voz de Larry se rompía, con los ojos clavados en el suelo, con la frente cubierta de sudor.

Tras una corta pausa y un sorbo de agua, volvía al trabajo: «*Justicia* –¿se ha hecho justicia contigo? ¿Has sangrado alguna vez por justicia? ¿Qué significa la justicia para ti?—. *Golpeado* —¿has golpeado alguna vez a alguien? ¿Te han golpeado alguna vez? ¿Cómo fue? ¿Qué te gustaría haber hecho?—. *Herir* —¿has herido alguna vez a alguien? ¿Te has sentido alguna vez herido por la espalda? ¿Has herido a alguien por la espalda?». En este punto, Larry salía corriendo de la sala.

Al día siguiente, volvía y empezábamos de nuevo; con Larry allí, sudando, con el corazón acelerado, con miles de asociaciones cruzándole la mente, poco a poco permitiéndose sentir cada palabra y aprendiendo a hacer suyas las líneas que pronunciaba.

Al final del programa, Larry empezaba su primer trabajo después de siete años, y por lo que sé seguía trabajando seis meses después. Aprender a experimentar y tolerar emociones profundas es fundamental para superar un trauma.

En Shakespeare in the Courts, la especificidad del lenguaje que se usa en los ensayos se extiende hacia la forma de hablar de los estudiantes fuera del escenario. Kevin Coleman observa que su discurso está plagado de la expresión «Me siento…». Prosigue: «Si estás confundiendo tus experiencias emocionales con tus juicios, tu trabajo se vuelve difuso. Si les preguntas “¿Cómo te has sentido?”, inmediatamente dicen “Me sentí bien” o “Me sentí mal”. Ambas cosas son opiniones. Así que nunca decimos “¿Cómo te has sentido?” al final de una escena, porque les invita a utilizar la parte del cerebro que emite juicios».

En lugar de eso, Coleman pregunta: «¿Has notado que te haya surgido algún sentimiento concreto durante esta escena?». Así aprenden a nombrar las experiencias emocionales: «Me sentí furioso cuando dije esto». «Sentí

miedo cuando me miró». Esta personificación y este uso del lenguaje ayudan a los actores a darse cuenta de que tienen diferentes emociones. Cuanto más observan, más curiosidad sienten.

Cuando empiezan los ensayos, los niños deben aprender a estar de pie erguidos y a andar por el escenario sin cohibirse. Deben aprender a hablar de modo que se les oiga en todas las partes del teatro, lo cual en sí ya representa un gran reto. La representación final significa enfrentarse a la comunidad. Los niños suben al escenario, experimentando otro nivel de vulnerabilidad, peligro o seguridad, y descubren cuánto pueden confiar en sí mismos. Poco a poco, el deseo de triunfar, de mostrar que pueden lograrlo, se va apoderando de ellos. Kevin me contó la historia de una chica que interpreto a Ofelia en *Hamlet*. El día de la representación la vio esperando entre bambalinas, lista para salir, con un cubo de la basura apoyado en la barriga (explicó que estaba tan nerviosa que tenía miedo de vomitar). Había escapado varias veces de sus casas de acogida y también de Shakespeare in the Courts. Como el programa se compromete a no echar a ningún niño a poco que sea posible, la policía y los vigilantes siempre la llevaban de vuelta. Tuvo que llegar un punto en el que empezó a darse cuenta de que su papel era fundamental para el grupo, o quizás percibió el valor intrínseco de la experiencia por sí misma. Al menos, ese día, optó por no escapar.

TERAPIA Y TEATRO

En una ocasión, escuché a Tina Packer declarar lo siguiente ante una sala llena de especialistas en trauma: «La terapia y el teatro son intuición en estado puro. Son lo opuesto a la investigación, donde uno se esfuerza por alejarse de su propia experiencia personal, incluso fuera de la experiencia de sus pacientes, para probar la validez objetiva de las suposiciones. Lo que hace que la terapia sea efectiva es la resonancia profunda y subjetiva y esa profunda sensación de verdad y de veracidad que habita en el cuerpo». Sigo esperando que alguien demuestre que Tina no tiene razón y combine el rigor de los métodos científicos con el poder de la intuición personificada.

Edward, uno de los maestros de Shakespeare & Company, me contó una experiencia que tuvo como actor cuando era joven en el taller de formación avanzada de Packer. El grupo había pasado la mañana realizando ejercicios con el objetivo de relajar los músculos del torso, para que la respiración pudiera penetrar natural y totalmente. Edward se dio cuenta de que cada vez

que doblaba una parte de sus costillas, sentía una oleada de tristeza. El formador le preguntó si había tenido alguna lesión allí, y él respondió que no.

Para la clase de la tarde, había preparado un discurso de *Ricardo II* en el que el rey es citado para entregar su corona al lord que se la ha usurpado. Durante el debate posterior, recordó que su madre se había roto las costillas estando embarazada de él, y que él siempre había asociado aquello con su nacimiento prematuro.

Como él mismo recordaba:

> Cuando le conté esto a Tina, empezó a hacerme preguntas sobre mis primeros meses de vida. Le dije que no recordaba haber estado en una incubadora pero que recordaba momentos posteriores en los que dejaba de respirar, y estar en el hospital dentro de una tienda de oxígeno. Recuerdo estar en el coche de mi tío y él saltándose los semáforos en rojo para llevarme a urgencias. Era como tener el síndrome de muerte súbita infantil con tres años.
>
> Tina siguió haciéndome preguntas y yo empecé a sentirme realmente frustrado y furioso porque todo el rato intentaba quitarme las protecciones que tenía en torno a ese dolor. Luego dijo «¿Te dolía cuando todos esos médicos te clavaban todas esas agujas?».
>
> En ese momento, empecé a gritar. Intenté salir de la sala, pero dos de los otros actores (dos tipos muy grandes) me lo impidieron. Finalmente lograron que me sentara en una silla, temblando y agitándome. Luego Tina dijo: «Eres tu madre y vas a hacer este discurso. Eres tu madre y te estás dando a luz a ti mismo. Y tú vas a decirte a ti mismo que vas a hacerlo. No vas a morir. Debes convencerte a ti mismo. Debes convencer al pequeño recién nacido de que no vas a morir».
>
> Esta fue mi intención con el discurso de Ricardo. Cuando traje este discurso por primera vez a clase, me dije que quería hacer bien el papel, no que algo dentro de mí necesitara decir esas pala-bras. Cuando finalmente lo hice, tuve claro que mi bebé era como Ricardo; no estaba dispuesto a abandonar mi trono. Fue como si mi cuerpo se librara de megatoneladas de energía y de tensión. Se me abrieron avenidas para la expresión que habían estado bloqueadas por ese niño que se aguantaba la respiración y que tenía tanto miedo de morir.

La genialidad de Tina fue hacer que me convirtiera en mi madre para decirme a mí mismo que todo iría bien. Fue casi como volver atrás y cambiar la historia. Tener la seguridad de que algún día me sentiría suficientemente a salvo para expresar mi dolor lo convirtió en una parte muy valiosa de mi vida.

Esa noche tuve el primer orgasmo de mi vida en presencia de otra persona. Y sé que es porque liberé algo (tensión en mi cuerpo) que me permitió estar más en el mundo.

EPÍLOGO

ELECCIONES QUE HAY QUE TOMAR

Estamos a las puertas de convertirnos en una sociedad consciente de los traumas. Casi a diario uno de mis compañeros publica un nuevo informe sobre cómo el trauma altera el funcionamiento de la mente, el cerebro y el cuerpo. El estudio ACE demostró cómo el maltrato infantil destruye la salud y el funcionamiento social, y James Heckman ganó el Premio Nobel por demostrar que la intervención temprana en la vida de los niños pertenecientes a familias pobres y con problemas produce muchos beneficios: más estudios secundarios, menos delincuencia, mayor tasa de empleo y menos violencia familiar y comunitaria. En todo el mundo, conozco a gente que se toma estos datos en serio y que trabaja incansablemente para desarrollar y aplicar intervenciones más efectivas, ya sean dedicados maestros, trabajadores sociales, médicos, terapeutas, enfermeros, filántropos, directores de teatro, guardas de prisiones, agentes de policía o maestros de meditación. Si usted ha

llegado tan lejos conmigo en *El cuerpo lleva la cuenta*, también se ha convertido en parte de esta comunidad.

Los avances en la neurociencia nos han permitido comprender mejor cómo el trauma cambia el desarrollo cerebral, la autorregulación y la capacidad de mantenernos centrados y sincronizados con los demás. Las sofisticadas técnicas de diagnóstico por imagen han identificado el origen del TEPT en el cerebro, de modo que ahora entendemos por qué la gente traumatizada se desconecta, por qué les molestan las luces y los sonidos, y por qué pueden explotar o retraerse como respuesta ante la menor provocación. Hemos aprendido cómo, a lo largo de la vida, las experiencias cambian la estructura y el funcionamiento del cerebro, e incluso afectan a los genes que traspasamos a nuestros hijos. Comprender muchos de los procesos fundamentales que subyacen tras el estrés traumático abre la puerta a una serie de intervenciones que pueden volver a conectar las áreas del cerebro relacionadas con la autorregulación, la autopercepción y la atención. Sabemos no solo cómo tratar el trauma, sino también, cada vez más, cómo prevenirlo.

Y sin embargo, tras acudir a otro velatorio por un adolescente que falleció en un tiroteo en la avenida Blue Hill de Boston o tras leer acerca de los nuevos recortes presupuestarios para las escuelas de pueblos y ciudades empobrecidas, estoy rozando la desesperación. En cierto modo, parece que estamos yendo hacia atrás, con medidas como la cruel eliminación por parte del Congreso de Estados Unidos de los cupones de comida para los niños cuyos padres están desempleados o en prisión; con la testaruda oposición a la asistencia sanitaria universal en algunos barrios; con el obtuso rechazo de la psiquiatría a relacionar el sufrimiento psíquico con las condiciones sociales; con la negativa a prohibir la venta o la posesión de armas cuyo único propósito es matar a grandes cantidades de seres humanos; y con nuestra tolerancia ante el encarcelamiento de un gran segmento de la población, malgastando su vida y nuestros recursos.

Los debates sobre el TEPT siguen centrándose en los soldados que han regresado recientemente, en las víctimas de ataques terroristas o en los supervivientes de terribles accidentes. Pero el trauma sigue siendo un problema de salud pública mucho mayor, seguramente la mayor amenaza para nuestro bienestar como país. Desde 2001, han fallecido muchos más estadounidenses a manos de sus parejas o de otros familiares que en las guerras de Irak y Afganistán. Las mujeres estadounidenses tienen el doble de

probabilidades de sufrir violencia doméstica que cáncer de mama. La Academia Americana de Pediatría calcula que las armas de fuego matarán al doble de niños que el cáncer. Por toda la zona de Boston veo carteles publicitarios de la fundación Jimmy Fund, que lucha contra el cáncer infantil, y marchas para financiar la investigación sobre el cáncer de mama y la leucemia, pero parecemos demasiado incómodos o desanimados para poner en marcha una gran campaña para ayudar a niños y a adultos a lidiar con el miedo, la rabia y el colapso, las consecuencias más previsibles del trauma.

Cuando hago presentaciones sobre el trauma y su tratamiento, los participantes a veces me piden que deje de lado la política y que me limite a hablar de neurociencia y de terapia. Me gustaría poder separar el trauma de la política, pero mientras sigamos viviendo en la negación y tratando solo el trauma ignorando sus orígenes, estamos abocados al fracaso. En nuestro mundo actual, nuestro código postal determina, más que nuestro código genético, si tendremos una vida sana y segura. Los ingresos de la gente, su estructura familiar, la vivienda, el empleo y las oportunidades educativas afectan no solo su riesgo de desarrollar estrés traumático, sino también su acceso a una ayuda efectiva para resolverlo. La pobreza, el desempleo, las escuelas de nivel inferior, el aislamiento social, la amplia disponibilidad de armas y la vivienda por debajo de los estándares constituyen un terreno abonado para el trauma. El trauma alimenta más trauma; la gente herida hiere a los demás.

Mi experiencia más profunda en torno a la superación de un trauma colectivo fue cuando fui testigo del trabajo de la Comisión por la Verdad y la Reconciliación de Sudáfrica, basado en la directriz principal de *Ubuntu*, una palabra en xhosa que significa «compartir lo que tenemos», como cuando decimos «Mi humanidad está inextricablemente unida a la tuya». *Ubuntu* reconoce que la verdadera sanación es imposible si no reconocemos nuestra humanidad común y nuestro destino común.

Somos básicamente criaturas sociales; nuestro cerebro está programado para fomentar el trabajo y la diversión con los demás. El trauma destroza el sistema de interacción social e interfiere con la cooperación, el cuidado y la capacidad de funcionar como miembros productivos del clan. En este libro hemos visto cuántos problemas de salud mental, desde el consumo de drogas hasta el comportamiento automutilante, empiezan como un intento de lidiar con las emociones que se han vuelto insoportables debido a la falta de contacto humano y apoyo adecuado. Sin embargo, las instituciones que tratan

con niños y adultos traumatizados demasiado a menudo dejan de lado el sistema de interacción emocional que es la base de quiénes somos y en lugar de eso se centran exclusivamente en corregir el «pensamiento erróneo» y en suprimir las emociones desagradables y los comportamientos problemáticos.

Las personas pueden aprender a controlar y a cambiar su comportamiento, pero solo cuando se sienten suficientemente seguras para experimentar con nuevas soluciones. El cuerpo lleva la cuenta: si el trauma está codificado en el latido cardiaco y en las sensaciones que notamos en la tripa, nuestra primera prioridad es ayudar a la gente a salir del estado de lucha o huida, a reorganizar su percepción del peligro y a gestionar sus relaciones. Cuando se trata del trauma infantil, lo último que querremos hacer será eliminar de las actividades escolares aquellas que logran precisamente esto, como el coro, la educación física, el recreo, y todo lo que implique movimiento, juego y otras formas de participación alegre.

Como hemos visto, mi profesión a menudo agrava, en lugar de mitigar, el problema. Actualmente, muchos psiquiatras trabajan en consultas tipo línea de montaje en las que visitan a pacientes que apenas conocen durante quince minutos y luego les dan pastillas para aliviar el dolor, la ansiedad o la depresión. Su mensaje parece ser: «Deje que nosotros resolvamos su problema; tan solo obedezca, tómese estas pastillas y vuelva en tres meses, pero asegúrese de no tomar alcohol ni drogas para aliviar sus problemas». Estos métodos rápidos de tratamiento hacen imposible el desarrollo del cuidado y del liderazgo personales. Un ejemplo trágico de esta orientación es la creciente prescripción de analgésicos, que cada año matan a más personas en Estados Unidos que las armas o los accidentes de tráfico.

Nuestro creciente uso de fármacos para tratar estas patologías no aborda los problemas reales: ¿con qué están intentando lidiar estos pacientes? ¿Qué recursos internos o externos tienen? ¿Cómo logran calmarse? ¿Mantienen una relación de afecto con su cuerpo, y qué hacen para cultivar una sensación física de poder, vitalidad y relajación? ¿Mantienen interacciones dinámicas con otras personas? ¿Quién los conoce, los ama y los cuida realmente? ¿Con quién pueden contar cuando están asustados, cuando sus hijos están enfermos o cuando ellos mismos están enfermos? ¿Son miembros de alguna comunidad, y desempeñan papeles vitales en la vida de las personas que los rodean? ¿Qué aptitudes concretas necesitan para centrarse, prestar atención y tomar decisiones? ¿Tienen un propósito en la vida? ¿En qué son buenos? ¿Cómo podemos ayudarles a sentirse a cargo de su vida?

Me gusta pensar que cuando nuestra sociedad se centre realmente en las necesidades de los niños, todas las formas de apoyo a las familias (una política que sigue siendo controvertida en Estados Unidos) acabarán pareciendo poco a poco no solo deseables, sino también factibles. ¿Cuán diferente sería si todos los niños de Estados Unidos tuvieran acceso a una asistencia de alta calidad donde sus padres pudieran dejarlos tranquilamente durante el día para ir a trabajar o a estudiar? ¿Cómo sería nuestro sistema escolar si todos los niños pudieran tener una educación preescolar con el personal suficiente que cultivara la cooperación, la autorregulación, la perseverancia y la concentración (a diferencia de centrarse en aprobar exámenes, que probablemente es lo que sucederá cuando se permita a los niños seguir su curiosidad natural y su deseo de sobresalir, y no acaben desmotivados por la desesperación, el miedo y la hiperactivación)?

Tengo un retrato familiar en el que salgo con cinco años, parapetado entre mi hermano mayor (obviamente más listo) y mi hermano menor (obviamente más dependiente). En la fotografía, sostengo con orgullo un barquito de madera, con una sonrisa de oreja a oreja: «Mira qué niño más increíble que soy y el increíble barco que tengo. ¿Quieres venir a jugar conmigo?». Todos nosotros, pero especialmente los niños, necesitamos esta confianza, la confianza de que los demás nos conocerán, nos afirmarán y nos querrán. Sin esto no podemos desarrollar la sensación de agencia que nos permitirá afirmar «Esto es en lo que creo; esto es lo que defiendo; esto es a lo que me voy a dedicar». Mientras nos sintamos contenidos de un modo seguro en el corazón y en la mente de las personas que nos quieren, subiremos montañas y cruzaremos desiertos y permaneceremos despiertos toda la noche para terminar proyectos. Los niños y los adultos hacen cualquier cosa por las personas en las que confían y cuya opinión valoran.

Pero si nos sentimos abandonados, inútiles o invisibles, nada parece importar. El miedo destruye la curiosidad y la alegría. Para tener una sociedad saludable, debemos criar a unos niños que puedan jugar y aprender de un modo seguro. No puede haber crecimiento sin curiosidad y no puede haber adaptabilidad sin poder explorar, mediante prueba y error, quién eres y qué te importa. Actualmente, más del 50 % de los niños atendidos por el Head Start han tenido tres o más experiencias en la infancia como las incluidas en el estudio ACE: familiares encarcelados, depresión, violencia, malos tratos o consumo de drogas en el hogar, o periodos sin hogar.

Las personas que se sienten seguras y significativamente conectadas con

los demás tienen pocos motivos para derrochar su vida consumiendo drogas o aturdidas delante del televisor; no se ven empujadas a atiborrarse de carbohidratos ni a atacar a los demás seres humanos. Sin embargo, cuando nada de lo que hacen parece marcar ninguna diferencia, se sienten atrapadas y son susceptibles al señuelo de las pastillas, de los líderes de bandas, de las religiones extremistas o de los movimientos políticos violentos; es decir, de cualquiera o cualquier cosa que les prometa algo de alivio. Como el estudio ACE ha demostrado, el maltrato y el abandono infantil es la causa más evitable de enfermedad mental, la causa más común del consumo de drogas y alcohol y un factor que contribuye significativamente a las principales causas de fallecimiento como la diabetes, la enfermedad cardiaca, el cáncer, el ictus y el suicidio.

Mis compañeros y yo centramos gran parte de nuestro trabajo allí donde el trauma tiene mayor impacto: la infancia y la adolescencia. Desde que creamos la Red Nacional Contra el Estrés Traumático Infantil (NCTSN) en 2001, se ha convertido en una red colaborativa de más de 150 centros de todo el país, cada uno de los cuales ha creado programas en escuelas, sistemas de justicia juvenil, agencias de bienestar infantil, centros para personas sin hogar, instalaciones militares y centros de acogida.

El Trauma Center es uno de los centros de Desarrollo y Evaluación de Tratamientos de la NCTSN. Mis compañeros Joe Spinazzola, Margaret Blaustein y yo mismo hemos desarrollado completos programas para niños y adolescentes que estamos poniendo en marcha actualmente con la ayuda de compañeros expertos en trauma de Hartford, Chicago, Houston, San Francisco, Anchorage, Los Ángeles y Nueva York. Nuestro equipo elige una zona concreta del país en la que trabajar cada dos años, con la ayuda de contactos locales para identificar las organizaciones que son energéticas, abiertas y bien respetadas; a largo plazo, estas organizaciones se convertirán en nuevos nódulos para la diseminación de los tratamientos. Por ejemplo, durante un periodo de dos años colaboré con compañeros de Missoula (Montana) para desarrollar un programa sobre traumas sensible culturalmente en las reservas indias de los pies negros.

La mayor esperanza para los niños traumatizados, maltratados y abandonados es recibir una buena educación en escuelas en las que sean vistos y conocidos, donde aprendan a autorregularse, y en las que puedan desarrollar una sensación de agencia. En el mejor de los casos, las escuelas pueden servir como islas de seguridad en un mundo caótico. Pueden enseñar

a los niños cómo funciona su cuerpo y su cerebro, y cómo pueden comprender y lidiar con sus emociones. Las escuelas pueden desempeñar un importante papel a la hora de instilar la resiliencia necesaria para lidiar con los traumas en los barrios o en las familias. Si los padres deben tener dos empleos para subsistir a duras penas, o si están demasiado disminuidos, abrumados o deprimidos para estar sincronizados con las necesidades de sus hijos, las escuelas por defecto deben ser los lugares en los que se enseñe a los niños autoliderazgo y su centro interno de control.

Cuando nuestro equipo llega a una escuela, la respuesta inicial de los maestros suele ser algo parecido a «Si quisiera ser trabajador social, estaría trabajando en una escuela de trabajo social, pero vine aquí para ser maestro». Muchos de ellos ya han aprendido a las duras, sin embargo, que no pueden enseñar si tienen una clase llena de estudiantes cuyas alarmas se están disparando constantemente. Incluso los mejores profesores y sistemas escolares terminan sintiéndose frustrados e inefectivos porque muchos de sus niños están demasiado traumatizados para aprender. Centrarse solo en mejorar los resultados en los exámenes no marcará ninguna diferencia si los maestros no pueden tratar efectivamente los problemas de comportamiento de estos estudiantes. Las buenas noticias son que los principios básicos de las intervenciones centradas en el trauma se pueden traducir en rutinas y enfoques diarios que pueden transformar toda la cultura de una escuela.

La mayoría de los maestros con los que trabajamos se sorprenden al saber que los estudiantes maltratados y abandonados probablemente interpreten cualquier desviación de la rutina como un peligro y que sus reacciones extremas generalmente son expresiones del estrés traumático. Es poco probable que los niños que desafían las reglas razonen mediante reprimendas verbales o incluso la expulsión, una práctica que se ha convertido en una epidemia en las escuelas de Estados Unidos. La perspectiva de los maestros empieza a cambiar cuando se dan cuenta de que los comportamientos perturbadores de estos niños empezaron como intentos frustrados de comunicar su aflicción y como intentos mal enfocados por sobrevivir.

Más que otra cosa, sentirse seguro con otras personas define la salud mental; las conexiones seguras son fundamentales para tener una vida significativa y satisfactoria. El reto principal en una clase es fomentar la reciprocidad: escuchar realmente y ser escuchado; ver realmente y ser visto por los demás. Intentamos enseñar a todos los miembros de la comunidad escolar (personal administrativo, directores, conductores de autobús,

maestros y personal de la cantina) a reconocer y comprender el efecto de los traumas en los niños y a centrarse en la importancia de fomentar la seguridad, la previsibilidad, de ser conocido y ser visto. Nos aseguramos de que los niños sean saludados por su nombre cada mañana y de que los maestros establezcan contacto visual con cada uno de ellos. Igual que en nuestros talleres, el trabajo en grupo, los programas de teatro, siempre empezamos el día con la recepción: dedicar cierto tiempo a compartir lo que cada uno tiene en la mente.

Muchos de los niños con los que trabajamos nunca han podido comunicarse satisfactoriamente mediante el lenguaje, porque están acostumbrados a adultos que gritan, ordenan, están enfadados y se ponen tapones en los oídos. Uno de nuestros primeros pasos es ayudar a sus profesores a enseñarles nuevas maneras de hablar sobre los sentimientos, a plantear expectativas y a pedir ayuda. En lugar de gritar «¡Para!» cuando un niño está teniendo una rabieta o hacer que se siente solo en una esquina, animamos a los profesores a prestar atención y a poner nombre a la experiencia del niño, diciendo por ejemplo «Veo lo mal que estás», para darles opciones después, como «¿Te gustaría ir al lugar seguro o sentarte en mi regazo?», y ayudarle a encontrar palabras para describir sus sentimientos y empezar a encontrar su voz, como en: «¿Qué pasará cuando vuelvas a casa después de la escuela?». Puede que un niño tarde varios meses en saber que es seguro decir la verdad (porque nunca estará totalmente seguro) pero para los niños, igual que para los adultos, identificar la verdad de una experiencia es esencial para superar un trauma.

En muchas escuelas, es una práctica habitual castigar a los niños cuando tienen rabietas, se les va la cabeza o tienen arrebatos agresivos, todo lo cual son síntomas del estrés traumático. Cuando esto sucede, la escuela, en lugar de ofrecerles un refugio seguro, se convierte en otro detonante traumático. Las confrontaciones airadas y los castigos, en el mejor de los casos, pueden detener un comportamiento inaceptable, pero como el sistema de alarma subyacente y las hormonas del estrés siguen activos, está claro que volverán a estallar ante la próxima provocación.

En estas situaciones, el primer paso es reconocer que el niño está alterado; luego, el maestro debería calmarle, explorar la causa y hablar de las posibles soluciones. Por ejemplo, cuando un niño de primer curso explota y empieza a pegar al maestro y a lanzar cosas, animamos al maestro a establecer unos límites claros diciéndole amablemente: «¿Quieres envolverte

con la manta para calmarte? (El niño seguramente gritará «¡No!», pero luego se envolverá con la manta y se calmará). La previsibilidad y la claridad de las expectativas son cruciales. Los niños que crecen en entornos caóticos no tienen ni idea de cómo se puede trabajar conjuntamente con otras personas, y la incoherencia solo promueve más confusión. Los maestros sensibles a los traumas se dan cuenta pronto de que llamar a un padre porque su hijo ha formado un alboroto es probable que dé como resultado golpes y en más traumatización.

Nuestro objetivo en todas estas iniciativas es traducir la ciencia cerebral en la práctica diaria. Por ejemplo, calmarnos lo suficiente para hacernos cargo de nosotros mismos requiere activar las áreas del cerebro que registran nuestras sensaciones interiores, la torre de control de la que hablamos en el capítulo 4. Así pues, un maestro puede decir: «¿Hacemos algunas respiraciones profundas o usamos la estrella de respirar?» (es una estrella de colores creada con carpetas archivadoras). Otra opción puede ser sentar al niño en una esquina con una manta gruesa escuchando música relajante con auriculares. Las zonas seguras pueden ayudar a los niños a calmarse mediante la concienciación sensorial estimulante: la textura del yute o del terciopelo; cajas de zapatos llenas de cepillos suaves y juguetes flexibles. Cuando el niño está listo para volver a hablar, se le anima a explicar a alguien qué está pasando antes de unirse de nuevo al grupo.

Los niños de tan solo tres años pueden aprender a soplar pompas de jabón y aprender que si relajan su respiración hasta seis respiraciones por minuto y se centran en la espiración cuando sale por su labio superior, se sentirán más tranquilos y centrados. Nuestro equipo de investigación del yoga está trabajando con niños preadolescentes específicamente para ayudarles a hacerse amigos de su cuerpo y a lidiar con las sensaciones físicas perturbadoras. Sabemos que una de las principales razones de consumir drogas habitualmente en los adolescentes es que no pueden soportar las sensaciones físicas que indican miedo, rabia e impotencia.

La autorregulación se puede enseñar a muchos niños que pasan de la actividad frenética a la inmovilidad. Además de la lectura, la escritura y la aritmética, todos los niños deben aprender autoconocimiento, autorregulación y comunicación como parte de su currículo principal. Igual que enseñamos Historia y Geografía, tenemos que enseñar a los niños cómo funcionan su cuerpo y su cerebro. Tanto para los adultos como para los niños, mantener el control de uno mismo requiere familiarizarnos con nuestro mundo interior e

identificar con precisión qué nos asusta, nos preocupa o nos encanta.

La inteligencia emocional empieza poniendo nombre a nuestros propios sentimientos y sincronizándolos con las emociones de las personas que nos rodean. Empezamos de una forma muy simple: con espejos. Mirarse en un espejo ayuda a los niños a ser conscientes de cómo son cuando están tristes, furiosos, aburridos o decepcionados. Luego, les preguntamos: «¿Cómo te sientes cuando ves un rostro así?». Les enseñamos cómo están formados sus cerebros, qué son las emociones y dónde quedan registradas en su cuerpo, y cómo pueden comunicar sus sentimientos a las personas que los rodean. Aprenden que sus músculos faciales dan pistas sobre lo que están sintiendo y luego experimentan cómo sus expresiones faciales afectan a otras personas.

También reforzamos la torre de vigilancia del cerebro enseñándoles a reconocer y a poner nombre a sus sensaciones físicas. Por ejemplo, cuando sienten tensión en el pecho, probablemente signifique que están nerviosos; la respiración se vuelve superficial y se sienten tensos. ¿Cómo se siente la ira, y qué pueden hacer para cambiar esta sensación física? ¿Qué sucede si respiran profundamente o salen a saltar a la comba o golpean un saco de boxeo? ¿Ayudan los puntos de acupresión? Intentamos proporcionar a niños, maestros y otros cuidadores una caja de herramientas con varias formas de gestionar sus reacciones emocionales.

Para promover la reciprocidad, usamos otros ejercicios de imitación, que son la base de una comunicación interpersonal segura. Los niños practican la imitación de las expresiones faciales de los demás. Imitan gestos y sonidos y luego se levantan y se mueven de forma sincronizada. Para hacerlo bien, deben prestar atención para ver realmente y escuchar a los demás. Juegos como Simón dice producen muchas risas y burlas, signos de seguridad y relajación. Cuando los adolescentes se oponen a estos «juegos estúpidos», asentimos comprensivamente pero buscamos su cooperación pidiéndoles que enseñen a los niños pequeños cómo se juega, diciéndoles que «necesitan su ayuda».

Los maestros y los líderes aprenden que una actividad tan simple como intentar mantener una pelota de béisbol en el aire el máximo tiempo posible ayuda a que los grupos estén más centrados, más cohesionados y más divertidos. Son intervenciones baratas. Para los niños mayores, algunas escuelas han instalado estaciones de trabajo que cuestan menos de doscientos dólares en los que los estudiantes pueden jugar a juegos de ordenador para ayudarles a concentrarse y a mejorar la variabilidad del ritmo cardiaco (VRC)

(descrita en el capítulo 16), como hacemos en nuestra clínica.

Niños y adultos necesitan experimentar lo gratificante que es trabajar al límite de sus capacidades. La resiliencia es producto de la agencia: saber que lo que hacemos puede marcar una diferencia. Muchos recordamos qué significaba para nosotros practicar algún deporte en equipo, cantar en el coro de la escuela o tocar en la banda de música, especialmente si tuvimos a maestros o directores que creían en nosotros y que nos motivaban para sobresalir, y que nos enseñaron que podíamos ser mejores de lo que nosotros mismos pensábamos. Los niños con los que trabajamos necesitan esta experiencia.

Atletismo, música, baile, teatro… todas estas actividades promueven la agencia y la comunidad. También embarcan a los niños en nuevos retos y papeles a los que no están habituados. En un pueblo posindustrial devastado de Nueva Inglaterra, mis amigos Carolyn y Eli Newberger están enseñando «El Sistema», un programa de música de orquesta creado en Venezuela. Varios de mis estudiantes dirigen un programa extraescolar de capoeira brasileña en una zona con mucha delincuencia de Boston, y mis compañeros del Trauma Center siguen con el programa del Trauma Drama. El año pasado pasé tres semanas ayudando a dos chicos a preparar una escena de *Julio César*. Un chico tímido y afeminado interpretaba a Bruto y tuvo que armarse de todo su valor para someter a Casio, interpretado por el abusón de clase, que tuvo que aprender a interpretar a un general corrupto suplicando piedad. La escena pudo hacerse solo después de que el abusón hablara de la violencia de su padre y de su voluntad de no mostrar nunca su debilidad ante nadie. (La mayoría de los acosadores han sido acosados antes, y menosprecian a los niños que les recuerdan su propia vulnerabilidad). La poderosa voz de Bruto, por otro lado, emergió cuando se dio cuenta de que había tenido que volverse invisible para lidiar con la violencia en su propia familia.

Estas intensas experiencias comunitarias obligan a los niños a colaborar, ceder y permanecer centrados en la tarea que tienen entre manos. Las tensiones suelen escalar, pero los chicos la soportan porque quieren ganarse el respeto de sus maestros o directores y no quieren abandonar al equipo; todos ellos sentimientos opuestos a la vulnerabilidad de estar sometidos a un maltrato arbitrario, a la invisibilidad del abandono y al aislamiento del trauma.

Nuestros programas de la NCTSN están funcionando: los niños están menos nerviosos y emocionalmente reactivos y están menos agresivos o

retraídos; se llevan mejor y su rendimiento escolar mejora; su déficit de atención, hiperactividad y problemas «desafiantes oposicionistas» se reducen, y sus padres indican que sus hijos duermen mejor. Siguen pasándoles cosas terribles a ellos y en torno a ellos, pero ahora son capaces de hablar de esos acontecimientos; han desarrollado la confianza y los recursos para buscar la ayuda que necesitan. Las intervenciones son exitosas si se basan en nuestras fuentes naturales de cooperación y en nuestras respuestas innatas de seguridad, reciprocidad e imaginación.

El trauma nos confronta constantemente con nuestra fragilidad y con la inhumanidad del ser humano hacia otros seres humanos, pero también con nuestra extraordinaria resiliencia. He podido trabajar en esto durante tanto tiempo porque me ha llevado a explorar nuestras fuentes de alegría, creatividad, significado y conexión: todas las cosas que hacen que la vida valga la pena. No puedo ni imaginar cómo habría lidiado yo con lo que han sufrido muchos de mis pacientes, y veo sus síntomas como parte de su fuerza, la manera en que aprendieron a sobrevivir. Y a pesar de todo su sufrimiento, muchos han terminado siendo unos compañeros y unos padres afectuosos, o maestros, enfermeros, científicos y artistas ejemplares.

La mayoría de los grandes instigadores del cambio social conocen personalmente el trauma. Me vienen a la mente Oprah Winfrey, Maya Angelou, Nelson Mandela o Elie Wiesel. Si leemos la biografía de cualquier visionario, encontraremos ideas y pasiones que emergen de la devastación que han sufrido.

Lo mismo es aplicable a las sociedades. Muchos de nuestros más profundos avances se han originado a partir de un trauma: la abolición de la esclavitud a partir de la Guerra Civil americana, la Seguridad Social americana como respuesta a la Gran Depresión, y la ley de ayuda a los veteranos, que produjo una clase media vasta y próspera a partir de la II Guerra Mundial. El trauma es ahora nuestro problema de salud pública más urgente, y tenemos los conocimientos necesarios para responder a él efectivamente. La decisión de actuar a partir de lo que sabemos es nuestra.

AGRADECIMIENTOS

Este libro es el fruto de treinta años intentando comprender cómo la gente maneja, supera y sobrevive a las experiencias traumáticas. Treinta años de trabajo clínico con hombres, mujeres y niños traumatizados, de innumerables conversaciones con compañeros y estudiantes y de contribución a la ciencia evolutiva para saber cómo la mente, el cerebro y el cuerpo manejan y superan las experiencias abrumadoras.

Permítame empezar por las personas que me han ayudado a organizar y, al final, a publicar este libro. Toni Burbank, mi editor, con el que he estado en contacto varias veces por semana durante un periodo de dos años para hablar del alcance, la organización y los contenidos específicos de este libro. Toni entendió realmente el propósito de este libro, y esto ha sido crucial para definir su forma y su sustancia. Mi agente, Brettne Bloom, también entendió la importancia de este trabajo, le encontró un lugar con Viking, y me ha proporcionado un apoyo crítico en momentos críticos. Rick Kot, mi editor en Viking, me ha aportado un retorno y una orientación editorial muy valiosos. Mis compañeros y estudiantes del Trauma Center me han proporcionado el terreno abonado, el laboratorio y el sistema de apoyo para este trabajo. También me han recordado constantemente la sobria realidad de nuestro

trabajo durante estas tres décadas. No puedo nombrarlos a todos, pero Joseph Spinazzola, Margaret Blaustein, Roslin Moore, Richard Jacobs, Liz Warner, Wendy D'Andrea, Jim Hopper, Fran Grossman, Alex Cook, Marla Zucker, Kevin Becker, David Emerson, Steve Gross, Dana Moore, Robert Macy, Liz Rice-Smith, Patty Levin, Nina Murray, Mark Gapen, Carrie Pekor, Debbie Korn y Betta de Boer van der Kolk han sido todos unos colaboradores cruciales. Y obviamente Andy Pond y Susan Wayne del Justice Resource Institute.

Mis compañeros y guías más importantes a la hora de comprender y de estudiar el estrés traumático han sido Alexander McFarlane, Onno van der Hart, Ruth Lanius y Paul Frewen, Rachel Yehuda, Stephen Porges, Glenn Saxe, Jaak Panksepp, Janet Osterman, Julian Ford, Brad Stolback, Frank Putnam, Bruce Perry, Judith Herman, Robert Pynoos, Berthold Gersons, Ellert Nijenhuis, Annette Streeck-Fisher, Marylene Cloitre, Dan Siegel, Eli Newberger, Vincent Felitti, Robert Anda y Martin Teicher, así como los compañeros que me enseñaron tanto sobre el apego: Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruth y Beatrice Beebe.

Peter Levine, Pat Ogden y Al Pesso leyeron mi artículo sobre la importancia del cuerpo en el estrés traumático en 1994 y luego se ofrecieron a formarme sobre el cuerpo. Todavía sigo aprendiendo de ellos, y desde entonces este aprendizaje se ha ido ampliando gracias a los maestros de yoga y meditación Stephen Cope, Jon Kabat-Zinn y Jack Kornfield.

Sebern Fisher fue la primera en enseñarme el neurofeedback. Ed Hamlin y Larry Hirshberg más tarde ampliaron mis conocimientos. Richard Schwartz me enseñó la terapia de los sistemas familiares internos (SFI) y me ayudó en la redacción del capítulo sobre los SFI. Kippy Dewey y Cissa Campion me introdujeron al teatro, Tina Packer intentó enseñarme cómo hacerlo, y Andrew Borthwick-Leslie me proporcionó unos detalles cruciales.

Adam Cummings, Amy Sullivan y Susan Miller me ofrecieron un apoyo imprescindible, sin el cual muchos proyectos descritos en este libro no se habrían podido realizar nunca.

Licia Sky creó el entorno que me permitió concentrarme en la redacción de este libro; me ha proporcionado un retorno muy preciado sobre cada uno de los capítulos; ha donado su talento artístico en varias ilustraciones; y ha participado en los apartados sobre conciencia corporal y en el material sobre los casos clínicos. Mi secretaria de confianza, Angela Lin, se ha ocupado de las múltiples crisis manteniendo el barco avanzando a toda vela. Ed y Edith

Schonberg a menudo me ofrecieron un refugio bajo la tormenta; Barry y Lorrie Goldensohn actuaron como críticos literarios y como inspiración; y mis hijos Hana y Nicholas me han enseñado que cada nueva generación vive en un mundo que es radicalmente distinto del mundo anterior, y que cada vida es única: un acto creativo por parte de su dueño que desafía cualquier explicación genética, ambiental o cultural.

Finalmente, mis pacientes, a quienes dedico este libro (me gustaría poder mencionarlos a todos por su nombre), que me han enseñado todo lo que sé (porque habéis sido mi verdadero manual) y que son la afirmación de la fuerza de la vida, que nos impulsa a los seres humanos a crear una vida con sentido, independientemente de los obstáculos que nos encontremos por el camino.

APÉNDICE
PROPUESTA DE CRITERIOS CONSENSUADOS PARA EL TRASTORNO DE TRAUMA DEL DESARROLLO

El objetivo de la introducción del diagnóstico de trastorno de trauma del desarrollo es englobar toda la realidad de las presentaciones clínicas de niños y adolescentes expuestos al trauma interpersonal crónico y, por consiguiente, orientar a los médicos a desarrollar y utilizar intervenciones efectivas y permitir a los investigadores estudiar la neurobiología y la transmisión de la violencia interpersonal crónica. Tanto si presentan síntomas de TEPT como si no, los niños que se han desarrollado en un contexto de peligro constante, malos tratos y sistemas de crianza inadecuados no están bien tratados en el sistema actual de diagnóstico, ya que frecuentemente no

conduce a ningún diagnóstico o a múltiples diagnósticos que no están relacionados; se pone el acento en el control conductual sin reconocer el trauma interpersonal y carece de seguridad en la etiología de los síntomas, además de la falta de atención para mejorar las alteraciones de desarrollo que subyacen tras los síntomas.

La propuesta de criterios consensuados para el trastorno de trauma del desarrollo se diseñó y se presentó en febrero de 2009 por parte de un grupo de trabajo de la red NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) de Estados Unidos, dirigido por el doctor Bessel A. van der Kolk y el doctor Robert S. Pynoos, con la participación del doctor Dante Cicchetti, la doctora Marylene Cloitre, la doctora Wendy D'Andrea, el doctor Julian D. Ford, la doctora Alicia F. Liebermann, el doctor Frank W. Putnam, el doctor Glenn Saxe, el doctor Joseph Spinazzola, el doctor Bradley C. Stolbach y el doctor Martin Teicher. Los criterios consensuados propuestos se basan en la extensa revisión de la literatura empírica, el conocimiento clínico experto, los estudios de los médicos de la red NCTSN y el análisis preliminar de los datos de miles de niños en numerosas clínicas y unidades infantiles, incluyendo los centros de tratamiento de la NCTSN, los sistemas de bienestar infantil de Estados Unidos, clínicas psiquiátricas y centros de detención juvenil. Como la validez, prevalencia, umbral de síntomas o utilidad clínica todavía deben examinarse mediante la recolecta o el análisis de datos prospectivos, los criterios propuestos no deben considerarse una categoría diagnóstica formal que deba ser incorporada en el DSM como sigue a continuación. El objetivo es más bien describir los síntomas más importantes clínicamente presentados por muchos niños y adolescentes tras un trauma complejo. Estos criterios propuestos han orientado los ensayos de campo sobre el trastorno de trauma del desarrollo iniciados en 2009 y que prosiguen en la actualidad.

PROPUESTA DE CRITERIOS CONSENSUADOS PARA EL TRASTORNO DE TRAUMA DEL DESARROLLO

A. Exposición. El niño o adolescente ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados episodios adversos durante un periodo de como mínimo un año a partir de la infancia o de la adolescencia temprana, incluyendo:

A.1. Experiencia directa de repetidos y graves episodios de violencia interpersonal o presente en ellos; y

A.2. Alteraciones significativas en los cuidados de protección como resultado de los cambios repetitivos de cuidador principal; separación repetitiva del cuidador principal, o exposición a un maltrato emocional grave y persistente.

B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño presenta unas competencias normativas de desarrollo disminuidas relacionadas con la regulación de la activación, incluyendo al menos dos de las siguientes:

B.1. Incapacidad de modular, tolerar o superar estrados de afectos extremos (por ejemplo, miedo, ira, vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos, o inmovilización.

B.2. Alteración en la regulación de las funciones corporales (por ejemplo, alteraciones persistentes del sueño, de la alimentación y de la eliminación; reactividad exagerada o insuficiente al tacto y a los sonidos; desorganización durante transiciones rutinarias).

B.3. Conciencia disminuida/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales.

B.4. Capacidad reducida para describir emociones o estados corporales.

C. Desregulación de la atención y la conducta. El niño presenta unas

competencias normativas de desarrollo reducidas en relación con la atención sostenida, el aprendizaje o el manejo del estrés, incluyendo al menos tres de las siguientes:

C.1. Preocupación por una amenaza, o capacidad reducida de percibir la amenaza, incluyendo la mala interpretación de las señales de seguridad y de peligro.

C.2. Capacidad disminuida de autoprotección, incluyendo la incursión de riesgos extremos o búsqueda de emociones extremas.

C.3. Intentos inadaptados de autorrelajación (por ejemplo, mecerse y otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva).

C.4. Autolesiones habituales (intencionadas o automáticas) o reactivas.

C.5. Incapacidad de iniciar o mantener un comportamiento orientado a objetivos.

D. Desregulación del yo y relacional. El niño presenta competencias normativas de desarrollo disminuidas en la percepción de su identidad personal y su implicación en las relaciones, incluyendo al menos tres de las siguientes:

D.1. Intensa preocupación con la seguridad del cuidador o de otras personas queridas (incluyendo cuidados precoces) o dificultades en tolerar la reunificación con ellos tras la separación.

D.2. Percepción negativa persistente del yo, incluyendo autoaversión, impotencia, inutilidad, ineficacia o defectuosidad.

D.3. Desconfianza extrema y persistente, desafío y falta de comportamiento recíproco en las relaciones estrechas con adultos o semejantes.

D.4. Agresividad física o verbal reactiva hacia semejantes, cuidadores u otros adultos.

D.5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de lograr un

contacto íntimo (incluyendo pero no limitado a la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva en semejantes o adultos para sentirse seguro y afirmado.

D.6. Capacidad disminuida de regular la activación empática evidenciada por la falta de empatía o la intolerancia hacia las expresiones de malestar de los demás, o respuesta excesiva al malestar de los demás.

E. Síntomas del espectro postraumático. El niño muestra al menos un síntoma de al menos dos de las tres categorías de síntomas B, C y D del TEPT.

F. Duración de la alteración (síntomas de TTD, criterios B, C, D y E) de como mínimo seis meses.

G. Disminución funcional. La alteración provoca una alteración o disminución clínicamente significativa de al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento:

- Escuela
- Familia
- Grupo de semejantes
- Legal
- Salud
- Profesional (para los jóvenes que tienen o que buscan un empleo, un trabajo de voluntariado o una formación profesional).

B. A. van der Kolk, «Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories», *Psychiatric Annals*, 35, nº 5 (2005): 401-408.

RECURSOS

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL TRAUMA Y SU TRATAMIENTO

- El Trauma Center del Justice Resource Institute (JRI). Es el sitio web del Trauma Center del cual soy director médico, que dispone de numerosos recursos para poblaciones especiales, varios enfoques de tratamiento, conferencias y cursos: www.traumacenter.org.
- Las páginas sobre el trauma de David Baldwin ofrecen información para médicos e investigadores en el campo del estrés traumático: http://www.trauma-pages.com.
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). Tratamientos efectivos para jóvenes, formación y medidas educativas sobre el trauma; revisiones de medidas sobre el trauma para padres, educadores, jueces, agencias de bienestar infantil, personal militar y terapeutas: http://www.nctsnet.org/.
- Asociación Americana de Psicología. Guía para personas traumatizadas y sus allegados: http://apa.org/topics/trauma/.

- Estudio ACE (experiencias infantiles adversas). Varios sitios web dedicados al estudio ACE y a sus consecuencias: http://acestoohigh.com/got-your-ace-score/; http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/; http://acestudy.org/.
- Gift from Within PTSD Resources for Survivors and Caregivers: gift-fromwithin.org.
- There & Back again es una organización sin ánimo de lucro que apoya el bienestar de sus miembros. Su misión es proporcionar servicios de apoyo a la reintegración para los veteranos de guerra de todos los conflictos: http://thereandbackagain.org/.
- Buscador de terapeutas HelpPRO. Listas completas de terapeutas locales especializados en traumas y otros problemas, que atienden a grupos de edades específicos, aceptan varias opciones de pago y más: http://www.helppro.com/.
- La Fundación Sidran incluye información sobre recuerdos traumáticos e información general sobre el manejo del trauma: www.sidran.org.
- Traumatología. Boletín electrónico Green Cross Academy of Traumatology, editado por Charles Figley: www.greencross.org/.
- La base de datos PILOTS de Dartmouth es una base consultable de la literatura mundial sobre el trastorno por estrés postraumático, producida por el National Center for PTSD: http://search.proquest.com/pilots/?accountid=28179.

RECURSOS GUBERNAMENTALES

- El National Center for PTSD incluye enlaces a PTSD Research Quarterly y a las divisiones del National Center, incluyendo la división de ciencia conductual, la división de neurociencia clínica y la división de ciencias de salud de la mujer: http://ptsd.va.gov/.
- Oficina para Víctimas de Delitos del Departamento de Justicia (Estados Unidos). Ofrece distintos recursos para las víctimas de delitos en Estados Unidos e internacionalmente, incluyen el National Directory of Victim Assistance Funding Opportunities, que enumera, por estado y por territorio, los nombres de contacto, direcciones postales, números de teléfono y direcciones de correo electrónico de los programas de subvenciones federales que asisten a las víctimas de delitos: http://ojp.gov/ovc/.
- National Institute of Mental Health: http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index/shtml.

SITIOS WEB ESPECÍFICOS SOBRE TRAUMA Y RECUERDOS

- Jim Hopper.com. Información sobre las fases de recuperación, recuerdos rescatados y revisión completa de la literatura sobre el recuerdo del trauma.
- Proyecto The Recovered Memory. Archivos compilado por Ross Cheit de la Universidad Brown: http://brown.edu/academics/taubman-center/.

MEDICACIONES

- Sobre medicaciones para el TEPT de guerra. Dr. Jonathan Shay, psiquiatra, clínica ambulatoria de la VA de Boston: http://www.dr.bob.org/tips/ptsd.html. web MD http://www.webmd.com/drugs/condition=1020-post+traumatic+stress+disorderaspx?diseaseid=10200diseasename=post+traumatic+stress+disorder.

ORGANIZACIONES PROFESIONALES CENTRADAS EN LA INVESTICACIÓN GENERAL Y DIFUSIÓN DEL TRAUMA

- Sociedad Internacional para los Estudios sobre Estrés Traumático: www.istss.org.
- Sociedad Europea para los Estudios sobre Estrés Traumático: www.estss.org.
- Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (ISSTD): http://www.isst-d.org/.

ORGANIZACIONES PROFESIONALES ESPECIALIZADAS EN MÉTODOS DE TRAT AMIENTO CONCRETOS

- Asociación Internacional para la EMDR (EMDRIA): http://www.emdria.org/.
- Instituto Sensoriomotor (fundado por Pat Ogden): http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html.
- Somatic experiencing (fundado por Peter Levine): http://www.traumahealing.org/index.php
- Terapia de sistemas familiares internos: http://www.selfleadership.org/.
- Terapia psicomotriz de Pesso Boyden: PBSP.com.

PROGRAMAS DE TEATRO (MUESTRA DE PROGRAMAS PARA JÓ VENES TRAUMATIZADOS)

- Urban Improv usa talleres de teatro de improvisación para enseñar prevención de la violencia, resolución de conflictos y toma de decisiones: http://www.urbanimprov.org/.
- Proyecto The Possibility Project (Nueva York): http://the-possibility-project.org/.
- Shakespeare in the Courts: http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/.

YOGA Y CONCIENCIACIÓN

- http://givebackyoga.org/.
- http://www.kripalu.org/.
- http://www.mindandlife.org/.

OTRAS LECTURAS

TRATAMIENTO DE NIÑOS TRAUMATIZADOS

- BLAUSTEIN, Margaret; y KINNIBURGH, Kristine. *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. Nueva York: Guilford, 2012.
- HUGHES, Daniel. *Building the Bonds of Attachment*. Nueva York: Jason Aronson, 2006.
- PERRY, Bruce; y SZALAVITZ, Maia. *The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook*. Nueva York: Basic Books, 2006.
- TERR, Lenore. *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood*. Nueva York: Basic Books, 2008.
- TERR, Lenore C. *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. Ed., Eliana Gil. Nueva York: Guilford Press, 2011.
- SAXE, Glenn; ELLIS, Heidi, y KAPLOW, Julie. *Collaborative Treatment of*

Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach. Nueva York: Guilford Press, 2006.

- LIEBERMAN, Alicia; y VAN HORN, Patricia. *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. Nueva York: Guilford Press, 2011.

PSICOTERAPIA

- SIEGEL, Daniel J. *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. Nueva York: Norton, 2010.
- FOSHA, D.; SOLOMON, M.; Y SIEGEL, D. J. *El poder curativo de las emociones: Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*. Barcelona: Eleftheria, 2016.
- SIEGEL, D.; Y SOLOMON, M.: *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain* (Serie Norton sobre neurobiología interpersonal). Nueva York: Norton, 2003.
- COURTOIS, Christine; y FORD, Julian. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*. Nueva York: Guilford, 2013.
- HERMAN, Judith. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. Nueva York: Basic Books, 1992.

NEUROCIENCIA DEL TRAUMA

- PANKSEPP, Jaak; y BIVEN, Lucy. *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions* (Serie Norton sobre neurobiologf Mind:Abuse to Politeva York: Norton, 2012.
- DAVIDSON, Richard; y BEGLEY Sharon. *The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live—and How You Can Change Them*. Nueva York: Hachette, 2012.
- PORGES, Stephen. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation* (Serie Norton sobre neurobiología interpersonal). Nueva York: Norton, 2011.
- FOGEL, Alan. *Body Sense: The Science and Practice of Embodied Self-Awareness* (Serie Norton sobre neurobiología interpersonal). Nueva York: Norton, 2009.
- SHORE, Allan N. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Nueva York: Psychology Press, 1994.
- DAMASIO, Antonio R. *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2000.

ENFOQUES CENTRADOS EN EL CUERPO

- COZZOLINO, Louis. *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*, segunda edición (Serie Norton sobre neurobiología interpersonal). Nueva York: Norton, 2010.
- OGDEN, Pat; y MINTON, Kekuni. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (Serie Norton sobre neurobiología interpersonal). Nueva York: Norton, 2008.
- LEVINE, Peter A. *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic, 2010.
- LEVINE, Peter A.; y FREDERIC, Ann. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic, 2012.
- CURRAN, Linda. *101 Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises and Assignments to Move the Client and Therapy Forward*. Wisconsin: PESI, 2013.

EMDR

- PARNELL, Laura. *Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma*. Nueva York: Norton, 2013.
- SHAPIRO, Francine. *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*. Emmaus, PA: Rodale, 2012.
- SHAPIRO, Francine; y SILK FORREST Margot. *EMDR: The Breakthrough* «*Eye Movement*» *Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. Nueva York: Basic Books, 2004.

TRABAJAR CON LA DISOCIACIÓN

- SCHWARTZ, Richard C. *Internal Family Systems Therapy* (The Guilford Family Therapy Series). Nueva York: Guilford, 1997.
- VAN DER HART, O.; NIJENHUIS, E. R.; y STEELE, F. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. Nueva York: Norton, 2006.

PAREJAS

- GOTTMAN, John. *The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples*. Nueva York: Norton, 2011.

YOGA

- EMERSON, David; y HOPPER, Elizabeth. *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*. Berkeley: North Atlantic, 2012.
- COPE, Stephen. *Yoga and the Quest for the True Self*. Nueva York: Bantam Books, 1999.

NEUROFEEDBACK

- FISHER, Sebern. *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*. Nueva York: Norton, 2014.
- DEMOS, John N. *Getting Started with Neurofeedback*. Nueva York: Norton, 2005.
- EVANS, James R. *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications*. Florida, 2013.

EFECTOS FÍSICOS DEL TRAUMA

- MATE, Gabor. *When the Body Says No: Understanding the Stress-Disease Connection*. Nueva York: Random House, 2011.
- SAPOLSKY, Robert. *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*. Nueva York: Macmillan 2004.

MEDITACIÓN Y CONCIENCIA

- ZINN, Jon Kabat; y NAT HANH, Thich. *Full Catastrophe Living*: *Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, Nueva York: Random House, 2009.
- KORNFIELD, Jack. *A Path with Heart: A Guide Through the Perils and Promises of Spiritual Life*. Nueva York: Random House, 2009.
- GOLDSTEIN, Joseph; y KORNFIELD, Jack. *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*. Boston: Shambhala Publications, 2001.

TERAPIA PSICOMOTOR

- PESSO, Albert; y CRANDELL, John S. *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System-Psychomotor Therapy*. Northampton, MA: Brookline Books, 1991.
- PESSO, Albert. *La terapia Pesso-Boyden. Barcelona:* Eleftheria, 2011.

NOTAS

PRÓLOGO

1. V. Felitti, et al. «Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study». *American Journal of Preventive Medicine* 14, nº 4 (1998): 245-58.

CAPÍTULO 1: LECCIONES DE LOS VETERANOS DE VIETNAM

1. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (Nueva York: P. Hoeber, 1941). Más tarde descubrí que muchos libros sobre el trauma de guerra se publicaron en torno a la I y la II Guerras Mundiales, pero como escribió Abram Kardiner en 1947: «El tema de las alteraciones neuróticas debido a la guerra ha estado sometido en los últimos veinticinco años a las veleidades del interés público y a los antojos de los psiquiatras. El público no mantiene su interés, que era muy grande tras la I Guerra Mundial, y la psiquiatría tampoco. Por eso estas patologías no son objeto de un estudio continuo».
2. Op. cit., p. 7.
3. B. A. van der Kolk, «Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress Disorder», *Psychiatry* 48 (1985): 365-70.
4. S. A. Haley, «When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Consider ations of the Vietnam Veteran», *Archives of General Psychiatry* 30 (1974): 191-96.
5. E. Hartmann, B. A. van der Kolk, y M. Olfield, «A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer», *American Journal of Psychiatry* 138 (1981): 794-97; B. A. van der Kolk, et al., «Nightmares and Trauma: Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans», *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 187-90.
6. B. A. van der Kolk y C. Ducey, «The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD», *Journal of Traumatic Stress* (1989): 259-74.
7. A diferencia de los recuerdos normales, los recuerdos traumáticos son más como fragmentos de sensaciones, emociones, reacciones e imágenes que se siguen reexperimentando en el presente. Los estudios sobre los recuerdos del Holocausto de Yale realizados por Dori Laub y Nanette C. Auerhahn, así como el libro de Lawrence L. Langer *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory*, y, sobre todo, las descripciones de Pierre Janet de 1889, 1893 y 1905 sobre la naturaleza

de los recuerdos traumáticos nos ayudaron a organizar lo que vimos. Este trabajo se describe en el capítulo sobre los recuerdos.

8. D. J. Henderson, «Incest», en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eds. A. M. Freedman y H. I. Kaplan, 2ª ed. (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

9. Ibid.

10. K. H. Seal, et al., «Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities», *Archives of Internal Medicine* 167, nº 5 (2007): 476-82; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie, y C. S. Milliken, «Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan», *Journal of the American Medical Association* 295, nº 9 (2006): 1023-32.

11. D. G. Kilpatrick y B. E. Saunders, *Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report* (Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psy chiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1997).

12. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, *Child Maltreatment 2007*, 2009. Véase también U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, *Child Maltreatment 2010,* 2011.

CAPÍTULO 2: REVOLUCIONES EN EL CONOCIMENTO DE LA MENTE Y DEL CEREBRO

1. G. Ross Baker, et al., «The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada», *Canadian Medical Association Journal* 170, nº 11 (2004): 1678-86; A. C. McFarlane, et al., «Post-traumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population», *Journal of Trau matic Stress* 14, nº 4 (2001): 633-45; Kim T. Mueser, et al., «Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, nº 3 (1998): 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org.

2. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trans. J. Zinkin (Washington D. C.: International Universities Press, 1950), p. 227.

3. L. Grinspoon, J. Ewalt, y R. I. Shader, «Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia», *American Journal of Psychiatry* 124, nº 12 (1968): 1645-52. Véase también L. Grinspoon, J. Ewalt, y R. I. Shader, *Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1972).

4. T. R. Insel, «Neuroscience: Shining Light on Depression», *Science* 317, nº 5839 (2007): 757-58. Véase también C. M. France, P. H. Lysaker, y R. P. Robinson, «The “Chemical Imbalance” Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications», *Professional Psychology: Research and Practice* 38 (2007): 411-20.

5. B. J. Deacon, y J. J. Lickel, «On the Brain Disease Model of Mental Disorders», *Behavior Therapist* 32, nº 6 (2009).

6. J. O. Cole, et al., «Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)», en *Tar-dive Dyskinesia, Research and Treatment*, ed. R. C. Smith, J. M. Davis, y W. E. Fahn (Nueva York: Plenum, 1979).

7. E. F. Torrey, *Out of the Shadows: Confronting America’s Mental Illness Crisis* (Nueva York: John Wiley & Sons, 1997). Sin embargo, otros factores fueron igualmente importantes, como la ley sobre salud mental

comunitaria del presidente Kennedy de 1963, en la que el gobierno federal asumía el pago de la asistencia sanitaria mental y que compensaba a los estados que trataban a las personas enfermas mentales en la comunidad.

8. Asociación Americana de Psiquiatria, Comité sobre Nomenclatura. Grupo de trabajo para revisar el DSM-III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Publishing, 1980).

9. S. F. Maier y M. E. Seligman, «Learned Helplessness: Theory and Evidence», *Journal of Experimental Psychology: General* 105, nº 1 (1976): 3. Véase también M. E. Seligman, S. F. Maier, y J. H. Geer, «Alleviation of Learned Helplessness in the Dog», *Journal of Abnormal Psychology* 73, nº 3 (1968): 256; y R. L. Jackson, J. H. Alex ander, y S. F. Maier, «Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning», *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes* 6, nº 1 (1980): 1.

10. G. A. Bradshaw y A. N. Schore, «How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context», *Ethology* 113 (2007): 426-36.

11. D. Mitchell, S. Koleszar, y R. A. Scopatz, «Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory», *Learning and Motivation* 15 (1984): 287-301. Véase también D. Mitchell, E. W. Osborne, y M. W. O'Boyle, «Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze», *Behavioral and Neural Biology* 43 (1985): 212-17.

12. B. A. van der Kolk, et al., «Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress», *Biological Psychiatry* 20 (1985): 414-25.

13. C. Hedges, *War Is a Force That Gives Us Meaning* (Nueva York: Random House Digital, 2003).

14. B. A. van der Kolk, «The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism», *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989): 389-411.

15. R. L. Solomon, «The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain», *American Psychologist* 35 (1980): 691-712

16. H. K. Beecher, «Pain in Men Wounded in Battle», *Annals of Surgery* 123, nº 1 (enero de 1946): 96-105.

17. B. A. van der Kolk, et al., «Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder», *Psychopharmacology Bulletin* 25 (1989): 117-21. Véase también R. K. Pitman, et al., «Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry* 47 (1990): 541-47; y Solomon, «Opponent-Process Theory of Acquired Motivation».

18. J. A. Gray y N. McNaughton, «The Neuropsychology of Anxiety: Reprise», en *Nebraska Symposium on Motivation* (Lincoln: University of Nebraska Press, 1996), 43, 61-134. Véase también C. G. DeYoung y J. R. Gray, «Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition, en *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 2009), 323-46.

19. M. J. Raleigh, et al., «Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys», *Archives of General Psychiatry* 41 (1984): 505-10.

20. B. A. van der Kolk, et al., «Fluoxetine in Post Traumatic Stress», *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

21. Para los aficionados al test Rorschach, invirtió el ratio C + CF/FC.

22. Grace E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent* (Bloomington, IN: AuthorHouse, 2005); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (Nueva York: Random House, 2011).

23. Volveremos a esta cuestión en el capítulo 15, en el que describimos nuestro estudio de comparación del Prozac con la EMDR, en que la EMDR tuvo mejores resultados a largo plazo que el Prozac en el tratamiento de la depresión, al menos en los traumas de inicio en la edad adulta.

24. J. M. Zito, et al., «Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-Year Perspective», *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 157 (enero de 2003): 17-25.

25. http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_pro

26. Lucette Lagnado, «U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children», *Wall Street Journal*, 11 de agosto de 2013.

27. Katie Thomas, «J.&J. to Pay $2.2 Billion in Risperdal Settlement», *New York Times*, 4 de noviembre de 2013.

28. M. Olfson, et al., «Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children», *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psy chiatry* 49, nº 1 (2010): 13-23.

29. M. Olfson, et al., «National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs», *Archives of General Psychiatry* 63, nº 6 (2006): 679.

30. A. J. Hall, et al., «Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities», *Journal of the American Medical Association* 300, nº 22 (2008): 2613-20.

31. En la última década, dos editores jefe de la revista médica profesional más prestigiosa de Estados Unidos, el *New England Journal of Medicine*, la doctora Marcia Angell y el doctor Arnold Relman, han dimitido de sus cargos debido al poder excesivo de la industria farmacéutica sobre la investigación médica, los hospitales y los médicos. En una carta al *New York Times* el 28 de diciembre de 2004, Angell y Relman destacaban que en el año anterior una compañía farmacéutica había gastado el 26 % de sus ingresos (más de 6000 millones de dólares americanos) en *marketing* y administración, y solo la mitad en investigación y desarrollo; quedarse con el 30 % de los ingresos netos era lo habitual en el sector famacéutico. Concluían: «La profesión médica debe liberarse de la dependencia del sector farmacéutico y educar al propio». Desgraciadamente, las probabilidades de que esto suceda son las mismas que las probabilidades de que los políticos se liberen de los donantes que financian sus campañas electorales.

CAPÍTULO 3: ANALIZAR EL CEREBRO: LA REVOLUCIÓN DE LA NEUROCIENCIA

1. B. Roozendaal, B. S. McEwen, y S. Chattarji, «Stress, Memory and the Amygdala», *Nature Reviews Neuroscience* 10, nº 6 (2009): 423-33.
2. R. Joseph, *The Right Brain and the Unconscious* (Nueva York: Plenum Press, 1995).
3. La película *Buscando un testigo* (basada en la novela del mismo título de Harry Mulisch), que ganó el Oscar a la mejor película en lengua extranjera en 1986, es un buen ejemplo del poder de las profundas impresiones emocionales tempranas a la hora de determinar las pasiones poderosas de los adultos.
4. Esta es la esencia de la terapia cognitivo-conductual. Véase Foa, Friedman, y Keane, 2000 *Treatment Guidelines for PTSD*.

CAPÍTULO 4: CORRER PARA SALVAR LA VIDA: ANATOMÍA DE LA SUPERVIVENCIA

1. R. Sperry, «Changing Priorities», *Annual Review of Neuroscience* 4 (1981): 1-15.

2. A. A. Lima, et al., «The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Post-traumatic Stress Disorder», *Journal of Psychiatric Research* 44, nº 4 (marzo 2010): 224-28.

3. P. Janet, *L'automatisme psychologique* (París: Félix Alcan, 1889).

4. R. R. Llinás, *I of the Vortex: From Neurons to Self* (Cambridge, MA: MIT Press, 2002). Véase también R. Carter y C. D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998); R. Carter, *The Human Brain Book* (Penguin, 2009); y J. J. Ratey, *A User's Guide to the Brain* (Nueva York: Pantheon Books, 2001), 179.

5. B. D. Perry, et al., «Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, y Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits», *Infant Mental Health Journal* 16, nº 4 (1995): 271-91.

6. Estoy en deuda con mi difunto amigo David Servan-Schreiber, que fue el primero en hacer esta distinción en su libro *The Instinct to Heal*.

7. E. Goldberg, *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind* (Londres, Oxford University Press, 2001).

8. G. Rizzolatti y L. Craighero «The Mirror-Neuron System», *Annual Review of Neuroscience* 27 (2004): 169-92. Véase también M. Iacoboni, et al., «Cortical Mechanisms of Human Imitation», *Science* 286, nº 5449 (1999): 2526-28; C. Keysers y V. Gazzola, «Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans», *Current Biology* 20, nº 8 (2010): R353-54; J. Decety y P. L. Jackson, «The Functional Architecture of Human Empathy», *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 3 (2004): 71-100; M. B. Schippers, et al., «Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, nº 20 (2010): 9388-93; y A. N. Meltzoff y J. Decety, «What Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement

Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience», *Philosophical Transactions of the Royal Society, Londres* 358 (2003): 491-500.

9. D. Goleman, *Emotional Intelligence* (Nueva York: Random House, 2006). Véase también V. S. Ramachandran, «Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind 'the Great Leap Forward' in Human Evolution», Edge (31 de mayo de 2000), http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution (consultado el 13 de abril de 2013).

10. G. M. Edelman, y J. A. Gally, «Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function», *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013).

11. J. LeDoux, «Rethinking the Emotional Brain», *Neuron* 73, nº 4 (2012): 653-76. Véase también J. S. Feinstein, et al., «The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear», *Current Biology* 21, nº 1 (2011): 34-38.

12. La corteza prefrontal medial es la parte media del cerebro (los neurocientíficos las llaman «estructuras de la línea media»). Esta parte del cerebro incluye un conglomerado de estructuras relacionadas: la corteza prefrontal orbital, la corteza prefrontal medial inferior y dorsal, y una gran estructura llamada cíngulo anterior, todas las cuales están implicadas en el seguimiento del estado interno del organismo y de seleccionar la respuesta adecuada. Véase, por ejemplo, D. Diorio, V. Viau, y M. J. Meaney, «The Role of the Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress», *Journal of Neuroscience* 13, nº 9 (septiembre 1993): 3839-47; J. P. Mitchell, M. R. Banaji, y C. N. Macrae, «The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex», *Journal of Cognitive Neuroscience* 17, nº 8 (2005): 1306-15; A. D'Argembeau, et al., «Valuing One's Self: Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and Emotive Investments in Self-Views», *Cerebral Cortex* 22 (marzo 2012): 659-67; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, «Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex», *Neuroscience Letters* 163

(1993): 109-13; L. M. Shin, S. L. Rauch, and R. K. Pitman, «Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, nº 1 (2006): 67-79; L. M. Williams, et al., «Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear», *NeuroImage* 29, nº 2 (2006): 347-57; M. Koenig y J. Grafman, «Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala», *Neuroscientist* 15, nº 5 (2009): 540-48; y M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez, y G. J. Quirk, «Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner», *Behavioral Neuroscience* 118, nº 2 (2004): 389.

13. B. A. van der Kolk, «Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071 (2006): 277-93.

14. P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions* (Nueva York, Springer, 1990).

15. Ute Lawrence, *The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress Disorder*, iUniverse, 2009.

16. Rita Carter y Christopher D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998). Véase también A. Bechara, et al., «Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex», *Cognition* 50, nº 1 (1994): 7-15; A. Pascual-Leone, et al., «The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning», *Experimental Brain Research* 107, nº 3 (1996): 479-85; y S. C. Rao, G. Rainer, y E. K. Miller, «Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex», *Science* 276, nº 5313 (1997): 821-24.

17. H. S. Duggal, «New-Onset PTSD After Thalamic Infarct», *American Journal of Psychiatry* 159, nº 12 (2002): 2113-a. Véase también R. A. Lanius, et al., «Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation», *American Journal of Psychiatry* 158, nº 11 (2001): 1920-22; e I. Liberzon, et al., «Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback», *Depression and Anxiety* 4, nº 3 (1996): 146-50.

18. R. Noyes Jr. y R. Kletti, «Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger», *Comprehensive Psychiatry* 18, nº 4 (1977): 375-84. Véase también M. Sierra, y G. E. Berrios, «Depersonalization: Neurobiological Perspectives», *Biological Psychiatry* 44, nº 9 (1998): 898-908.

19. D. Church, et al., «Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study», *Traumatology* 18, nº 3 (2012): 73-79; y D. Feinstein y D. Church, «Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions», *Review of General Psychology* 14, nº 4 (2010): 283-95. Véase también www.vetcases.com.

CAPÍTULO 5: CONEXIONES ENTRE EL CUERPO Y EL CEREBRO

1. C. Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (Londres: Oxford University Press, 1998).
2. Ibid., 71.
3. Ibid.
4. Ibid., 71-72.
5. P. Ekman, *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement* (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978). Véase también C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)* (Newark, DE: University of Delaware Instructional Resource Center, 1979).
6. S. W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, Serie Norton sobre neurobiología interpersonal (Nueva York: WW Norton & Company, 2011).
7. Así llaman Stephen Porges y Sue Carter al sistema vagal ventral. http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code__The_Body_s_N details.aspx.
8. S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 1, *The Positive Affects*) (Nueva York: Springer, 1962); S. S. Tomkin, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 2, *The Negative Affects)* (Nueva York: Springer, 1963).
9. P. Ekman, *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life* (Nueva York: Macmillan, 2007); P. Ekman, *The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village* (Nueva York: Garland STPM Press, 1980).
10. Véase por ejemplo B. M. Levinson, «Human/Companion Animal Therapy», *Journal of Contemporary Psychotherapy* 14, nº 2 (1984): 131-44; D. A. Willis, «Animal Therapy», *Rehabilitation Nursing* 22, nº 2 (1997): 78-81; y A. H. Fine, ed., *Handbook on Animal-Assisted*

Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice (Waltham, MA: Academic Press, 2010).

11. P. Ekman, R. W. Levenson, y W. V. Friesen, «Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions», *Science* 221 (1983): 1208-10.

12. J. H. Jackson, «Evolution and Dissolution of the Nervous System», en *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, ed. J. Taylor (Londres: Stapes Press, 1958), 45-118.

13. Porges me indicó esta analogía con las tiendas de mascotas.

14. S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt, y A. K. Maiti, «Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion», en *The Development of Emotion Regulation: Bio logical and Behavioral Considerations*, ed. N. A. Fox, Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 59 (2-3, nº de serie 240) (1994), 167-86.

15. V. Felitti, et al., «Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Preventive Medicine* 14, nº 4 (1998): 245-58.

16. S. W. Porges, «Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory», *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.

17. B. A. Van der Kolk, «The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress», *Harvard Review of Psychiatry* 1, nº 5 (1994): 253-65.

CAPÍTULO 6: PERDER NUESTRO CUERPO, PERDERNOS A NOSOTROS MISMOS

1. K. L. Walsh, et al., «Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women», *Journal of Child Sexual Abuse* 16, nº 1 (2007): 1-17.

2. A. C. McFarlane, «The Long Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined Physical and Psychological Consequences», *World Psychiatry* 9, nº 1 (2010): 3-10.

3. W. James, «What Is an Emotion?», *Mind* 9: 188-205.

4. R. L. Bluhm, et al., «Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma», *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 34, nº 3 (2009): 187. Véase también J. K. Daniels, et al., «Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity», *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 35, nº 4 (2010): 258.

5. A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (Nueva York: Hartcourt Brace, 1999). Damasio en realidad dice: «La conciencia se inventó para que pudiéramos conocer la vida», p. 31.

6. Damasio, *Feeling of What Happens*, p. 28

7. Ibid., p. 29.

8. A. Damasio, *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain* (New York: Random House Digital, 2012), p. 17.

9. Damasio, *Feeling of What Happens*, p. 256.

10. Antonio R. Damasio, et al., «Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions», *Nature Neuroscience* 3, vol. 10 (2000): 1049-56.

11. A. A. T. S. Reinders, et al., «One Brain, Two Selves», *NeuroImage* 20 (2003): 2119-25. Véase también E. R. S. Nijenhuis, O. Van der Hart y

K. Steele, «The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders», en *Biological Psychiatry*, vol. 2., eds. H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer, y P. Willner (West Sussex, Reino Unido: Wiley 2002), 1079-198; J. Parvizi y A. R. Damasio, «Consciousness and the Brain Stem», *Cognition* 79 (2001): 135-59; F. W. Putnam, «Dissociation and Disturbances of Self», en *Dysfunctions of the Self*, vol. 5, eds. D. Cicchetti y S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 251-65; y F. W. Putnam, *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective* (Nueva York: Guilford, 1997).

12. A. D'Argembeau, et al., «Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing and Perspective Taking», *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, nº 6 (2007): 935-44. Véase también N. A. Farb, et al., «Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, nº 4 (2007): 313-22; y B. K. Hölzel, et al., «Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, nº 1 (2008): 55-61.

13. P. A. Levine, *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2008); y P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2010).

14. P. Ogden y K. Minton, «Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Process ing Traumatic Memory», *Traumatology* 6, nº 3 (2000): 149-73; y P. Ogden, K. Minton, y C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, Serie Norton sobre neurobiología interpersonal (Nueva York: WW Norton & Company, 2006).

15. D. A. Bakal, *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness* (Nueva York: Guilford Press, 2001).

16. Existen innumerable estudios sobre el tema. Una pequeña muestra para su mayor estudio: J. Wolfe, et al., «Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

62, nº 6 (1994): 1235-40; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin, y E. B. Foa, «PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault», *Journal of Traumatic Stress* 13, nº 4 (2000): 635-49; E. M. Sledjeski, B. Speisman, y L. C. Dierker, «Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)», *Journal of Behavioral Medicine* 31 (2008): 341-49; J. A. Boscarino, «Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies», *Annals of the New York Academy of Sciences* 1032 (2004): 141-53; M. Cloitre, et al., «Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse», *Women & Health* 34, nº 3 (2001): 1-17; D. Lauterbach, R. Vora, y M. Rakow, «The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems», *Psy chosomatic Medicine* 67, nº 6 (2005): 939-47; B. S. McEwen, «Protective and Damaging Effects of Stress Mediators», *New England Journal of Medicine* 338, nº 3 (1998): 171-79; P. P. Schnurr y B. L. Green, *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (Washington D. C.: American Psychological Association, 2004).

17. P. K. Trickett, J. G. Noll, y F. W. Putnam, «The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study», *Development and Psychopathology* 23, nº 2 (2011): 453.

18. K. Kosten y F. Giller Jr., «Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 5, nº 4 (octubre de 1992): 563-73.

19. G. J. Taylor y R. M. Bagby, «New Trends in Alexithymia Research», *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, nº 2 (2004): 68-77.

20. R. D. Lane, et al., «Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia», *Psychosomatic Medicine* 58, nº 3 (1996): 203-10.

21. H. Krystal y J. H. Krystal, *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia* (Nueva York: Analytic Press, 1988).

22. P. Frewen, et al., «Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Post-traumatic Stress Disorder», *Journal of Abnormal Psychology* 117, nº 1 (2008): 171-81.

23. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, y H. A. Turner, «Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth», *Child Abuse & Neglect* 31, nº 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll, y N. J. Keogh, «Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment», *Journal of Traumatic Stress* 17, nº 2 (2004): 173-81; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor, y B. C. Frueh, «Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, De- pressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents», *Journal of Adolescent Health* 46, nº 6 (2010): 545-52.

24. P. Schilder, «Depersonalization», en *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry* (Nueva York: International Universities Press, 1952), p. 120.

25. S. Arzy, et al., «Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage», *Archives of Neurology* 63, nº 7 (2006): 1022-25. Véase también S. Arzy, et al., «Induction of an Illusory Shadow Person», *Nature* 443, nº 7109 (2006): 287; S. Arzy, et al., «Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Tempo roparietal Junction and Extrastriate Body Area», *Journal of Neuroscience* 26, nº 31 (2006): 8074-81; O. Blanke, et al., «Out-of-Body Experience and Autoscopy of Neurological Origin», *Brain* 127, parte 2 (2004): 243-58; y M. Sierra, et al., «Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale», *Psychological Medicine* 35 (2005): 1523-32.

26. A. A. T. Reinders, et al., «Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study», *Biological Psychiatry* 60, nº 7 (2006): 730-40.

27. En su libro *Focusing*, Eugene Gendlin acuñó el término «sensación percibida»: «Una sensación percibida no es una experiencia mental, sino física. Una concienciación física sobre una situación o persona o acontecimiento». *Focusing* (Nueva York: Random House Digital, 1982).

28. C. Steuwe, et al., «Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, nº 1 (enero de 2012): 88-97.

CAPÍTULO 7: PONERSE EN LA MISMA LONGITUD DE ONDA: APEGO Y SINTONIZACIÓN

1. N. Murray, E. Koby, y B. van der Kolk, «The Effects of Abuse on Children’s Thoughts», capítulo 4 en *Psychological Trauma* (Washington D. C.: American Psychiatric Press, 1987).

2. La investigadora sobre el apego Mary Main contó a niños de seis años una historia sobre un niño cuya madre se había ido y les pidió que inventaran lo que sucedía a continuación. La mayoría de los niños de seis años que tenían una relación segura con su madre imaginaron historias imaginativas con un buen final, mientras que los niños que tenían un apego considerado desorganizado tendían a tener fantasías catastróficas y a menudo daban respuestas aterrorizadas como «los padres morirán» o «el niño se matará». En Mary Main, Nancy Kaplan, y Jude Cassidy. «Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation», *Monographs of the Society for Research in Child Development* (1985).

3. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment* (Nueva York: Random House, 1969); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 2, *Separation: Anxiety and Anger* (Nueva York: Penguin, 1975); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 3, *Loss: Sadness and Depression* (Nueva York: Basic, 1980); J. Bowlby, «The Nature of the Child’s Tie to His Mother», *International Journal of Psycho-Analysis* 39, nº 5 (1958): 350-73.

4. C. Trevarthen, «Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication», *Muisae Scientiae*, número especial, 1999, 157-213.

5. A. Gopnik y A. N. Meltzoff, *Words, Thoughts, and Theories* (Cambridge, MA: MIT Press, 1997); A. N. Meltzoff y M. K. Moore, «Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures», *Child Development* 54, nº 3 (junio de 1983): 702-9; A. Gopnik, A. N. Meltzoff, and P. K. Kuhl, *The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn* (Nueva York: HarperCollins, 2009).

6. E. Z. Tronick, «Emotions and Emotional Communication in Infants», *American Psychologist* 44, nº 2 (1989): 112. Véase también E. Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children* (Nueva York: W. W. Norton & Company, 2007); E. Tronick y M. Beeghly, «Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems», *American Psychologist* 66, nº 2 (2011): 107; y A. V. Sravish, et al., «Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm: A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization», *Infant Behavior and Development* 36, nº 3 (2013): 432-37.

7. M. Main, «Overview of the Field of Attachment», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, nº 2 (1996): 237-43.

8. D. W. Winnicott, *Playing and Reality* (Nueva York: Psychology Press, 1971). Véase también D. W. Winnicott, «The Maturational Processes and the Facilitating Environment», (1965); y D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-analysis: Collected Papers* (Nueva York: Brunner/Mazel, 1975).

9. Como vimos en el capítulo 6, y como ha demostrado Damasio, esta sensación de realidad interior está arraigada, al menos en parte, en la ínsula, la estructura cerebral que desempeña un papel central en la comunicación entre el cuerpo y la mente, una estructura que las personas con historial de trauma crónico suelen tener afectada.

10. D. W. Winnicott, *Primary Maternal Preoccupation* (Londres: Tavistock, 1956), 300-5.

11. S. D. Pollak, et al., «Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect», *Developmental Psychology* 36, nº 5 (2000): 679.

12. P. M. Crittenden, «Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children», Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 5, *Disorders and Dysfunctions of the Self* eds. D. Cicchetti y S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 79; P. M. Crittenden y A. Landini, *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis* (Nueva York: W. W. Norton & Company, 2011).

13. Patricia M. Crittenden, «Children's Strategies for Coping with Adverse

Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory», *Child Abuse & Neglect* 16, nº 3 (1992): 329-43.

14. Main, 1990, op. cit.

15. Main, 1990, op. cit.

16. Ibid.

17. E. Hesse y M. Main, «Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations», *Development and Psychopathology* 18, nº 2 (2006): 309-43. Véase también E. Hesse y M. Main, «Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies», *Journal of the American Psychoanalytic Associa tion* 48, nº 4 (2000): 1097-127.

18. Main, «Overview of the Field of Attachment», op. cit.

19. Hesse y Main, 1995, op. cit, p. 310.

20. Lo consideramos desde un punto de vista biológico cuando hablamos de la «inmovilización sin miedo» en el capítulo 5. S. W. Porges, «Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory», *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.

21. M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, y M. Bakermans-Kranenburg, «Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae», *Development and Psychopathology* 11 (1999): 225-49.

22. Ijzendoorn, op. cit.

23. N. W. Boris, M. Fueyo, y C. H. Zeanah, «The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five», *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, nº 2 (1997): 291-93; K. Lyons-Ruth, «Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, nº 1 (1996), 64.

24. Stephen W. Porges, et al., «Infant Regulation of the Vagal "Brake"

Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social Behavior», *Developmental Psychobiology* 29, nº 8 (1996): 697-712.

25. Louise Hertsgaard, et al., «Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment Relationships», *Child Development* 66, nº 4 (1995): 1100-6; Gottfried Spangler, y Klaus E. Grossmann, «Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants», *Child Development* 64, nº 5 (1993): 1439-50.

26. Main y Hesse, 1990, op. cit.

27. M. H. van Ijzendoorn, et al., «Disorganized Attachment in Early Childhood», op. cit.

28. B. Beebe y F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment: Co- constructing Interactions* (Nueva York: Routledge, 2013); B. Beebe, F. Lachmann, y J. Jaffe, «Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self and Object Representations», *Psychoanalytic Dialogues* 7, nº 2 (1997): 133-82.

29. R. Yehuda, et al., «Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors», *American Journal of Psychiatry* 155, nº 9 (1998): 1163-71. Véase también R. Yehuda, et al., «Relationship Between Post-traumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring», *American Journal of Psychiatry* 155, nº 6 (1998): 841-43; R. Yehuda, et al., «Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors», *Archives of General Psychiatry* 64, nº 9 (2007): 1040 y R. Yehuda, et al., «Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors», *Journal of Psychiatric Research* 42, nº 13 (2008): 1104-11.

30. R. Yehuda, et al., «Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90 (2005): 4115-18.

31. G. Saxe, et al., «Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns», *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, nº 8 (2001): 915-21. Véase también

G. N. Saxe, et al., «Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns», *American Journal of Psychiatry* 162, nº 7 (2005): 1299-304.

32. C. M. Chemtob, Y. Nomura, y R. A. Abramovitz, «Impact of Conjoined Expos ure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children», *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 162, nº 2 (2008): 126. Véase también P. J. Landrigan, et al., «Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and Pregnant Women», *Mount Sinai Journal of Medicine* 75, nº 2 (2008): 129-34.

33. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, y H. A. Turner, «Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort», *Development and Psychopathology* 19, nº 1 (2007): 149-66; J. D. Ford, et al., «Polyvictimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents», *Journal of Adolescent Health* 46, nº 6 (2010): 545-52; J. D. Ford, et al., «Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians», *Journal of Clinical Psychiatry* 74, nº 8 (2013): 841-49.

34. Family Pathways Project, http://www.challiance.org/academics/familypathway-sproject.aspx.

35. K. Lyons&Ruth y D. Block, «The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment», *Infant Mental Health Journal* 17, nº 3 (1996): 257-75.

36. K. Lyons-Ruth, «The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes», *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2003): 105.

37. G. Whitmer, «On the Nature of Dissociation», *Psychoanalytic Quarterly* 70, nº 4 (2001): 807-37. Véase también K. Lyons-Ruth, «The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes», *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2,

nº 4 (2002): 107-19.

38. Mary S. Ainsworth y John Bowlby, «An Ethological Approach to Personality Development», *American Psychologist* 46, nº 4 (abril de 1991): 333-41.

39. K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, «Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research», *Journal of the American Psychoanalytic Association* 51, nº 3 (2003): 883-911.

40. L. Dutra, et al., «Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation», *Journal of Nervous and Mental Disease* 197, nº 6 (2009): 383. Véase también K. Lyons-Ruth, et al., «Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood», *Psychiatry Research* 206, nº. 2-3 (30 de abril de 2013): 273-81.

41. Para ver un metaanálisis de las contribuciones relativas del apego desorganizado y del maltrato infantil, véase C. Schuengel, et al., «Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, nº 1 (1999): 54.

42. K. Lyons-Ruth y D. Jacobvitz, «Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood», en *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2ª ed., ed. J. Cassidy y R. Shaver (Nueva York: Guilford Press, 2008), 666-97. Véase también E. O'connor, et al., «Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development», *Infant Mental Health Journal 32*, nº 4 (2011): 450-72; y K. Lyons- Ruth, et al., «Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury».

43. En este momento tenemos poca información sobre qué factores afectan en la evolución de estas anomalías regulatorias tempranas, pero los acontecimientos vitales, la calidad de las otras relaciones y quizás los

factores genéticos es probable que los modifiquen con el tiempo. Obviamente, es crucial estudiar hasta qué punto la crianza coherente y concentrada de los hijos con historias tempranas de abuso y abandono pueden modificar los sistemas biológicos.

44. E. Warner, et al., «Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings», *Journal of Family Violence* 28, nº 7 (2003): 729-38.

CAPÍTULO 8: ATRAPADOS EN LAS RELACIONES: EL COSTE DEL MALTRATO Y DEL ABANDONO

1. W. H. Auden, *The Double Man* (Nueva York: Random House, 1941).
2. S. N. Wilson, et al., «Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation», *Psychosomatics* 40, nº 3 (1999): 222-25. Véase también M. Uddin, et al., «Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, nº 20 (2010): 9470-75; M. Altemus, M. Cloitre, y F. S. Dhabhar, «Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse», *American Journal of Psychiatry* 160, nº 9 (2003): 1705-7; y Kawamura, Y. Kim, y N. Asukai, «Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry* 158, nº 3 (2001): 484-86.
3. R. Summit, «The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome», *Child Abuse & Neglect* 7 (1983): 177-93.
4. Un estudio con RMf de la Universidad de Lausana (Suiza) demostró que cuando la gente tiene estas experiencias extracorporales, mirándose a sí misma desde el techo, está activando la corteza temporal superior del cerebro. O. Blanke, et al., «Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction», *Journal of Neuroscience* 25, nº 3 (2005): 550-57. Véase también O. Blanke y T. Metzinger, «Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood», *Trends in Cognitive Sciences* 13, nº 1 (2009): 7-13.
5. Cuando un adulto utiliza a un niño para su gratificación sexual, el niño se encuentra invariablemente en una situación confusa y en un conflicto de lealtades: revelando el abuso, traiciona y hace daño al autor (que puede ser un adulto del que el niño depende para su seguridad y su protección) pero ocultando el abuso aumenta su culpabilidad y vulnerabilidad. Este dilema fue articulado por primera vez por Sándor Ferenczi en 1933 en «The Confusion of Tongues Between the Adult and the Child: The Language of Tenderness and the Language of Passion»,

International Journal of Psychoanalysis 30 nº 4 (1949): 225-30, y ha sido explorado por muchos autores posteriormente.

CAPÍTULO 9: ¿QUÉ TIENE QUE VER EL AMOR CON ESTO?

1. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (Nueva York: Penguin, 2013).

2. http://www.thefreedictionary.com/diagnosis.

3. El TAQ puede accederse en el sitio web del Trauma Center: www.traumacenter.org/products/instruments.php.

4. J. L. Herman, J. C. Perry, y B. A. van der Kolk, «Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146, nº 4 (April 1989): 490-95.

5. Teicher descubrió cambios significativos en la corteza órbito-frontal (COF), una región del cerebro implicada en la toma de decisiones y la regulación del comportamiento implicado en la sensibilidad a las peticiones sociales. M. H. Teicher, et al., «The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment», *Neuroscience & Biobehav ioral Reviews* 27, nº 1 (2003): 33-44. Véase también M. H. Teicher, «Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse», *Scientific American* 286, nº 3 (2002): 54-61; M. Teicher, et al., «Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment», *American Journal of Psychiatry* 163, nº 6 (2006): 993-1000; A. Bechara, et al., «Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex», *Cognition* 50 (1994): 7-15. La alteración de esta área del cerebro genera transpiración excesiva, malas interacciones sociales, ludopatía compulsiva, consumo excesivo de alcohol/drogas y poca empatía. M. L. Kringelbach y E. T. Rolls, «The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology», *Progress in Neurobiology* 72 (2004): 341-72. La otra área problemática identificada por Teicher era el precúneo, una zona cerebral involucrada en la autocomprensión y en la capacidad de ver en perspectiva cómo nuestras percepciones pueden ser diferentes de las de los demás. A. E. Cavanna y M. R. Trimble «The Precuneus: A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates», *Brain*

129 (2006): 564-83.

6. S. Roth, et al., «Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 539-55; B. A. van der Kolk, et al., «Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma», *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 83-93; D. Pelcovitz, et al., «Develop ment of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)», *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16; S. N. Ogata, et al., «Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990): 1008-13; M. C. Zanarini, et al., «Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 155, nº 12 (diciembre 1998): 1733-39; S. L. Shearer, et al., «Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990): 214-16; D. Westen, et al., «Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder», *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990): 55-66; M. C. Zanarini, et al., «Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 154 (1997): 1101-6.

7. J. Bowlby, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* (Nueva York: Basic Books, 2008), 103.

8. B. A. van der Kolk, J. C. Perry, y J. L. Herman, «Childhood Origins of Self-Destructive Behavior», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1665-71.

9. Esta noción encontró más apoyo en el trabajo del neurocientífico Jaak Panksepp, que descubrió que las ratas jóvenes que no fueron lamidas por sus madres durante la primera semana de vida no desarrollaron receptores opiáceos en la corteza del cíngulo anterior, una parte del cerebro asociada con la afiliación y la sensación de seguridad. Véase E. E. Nelson y J. Panksepp, «Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine», *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 22, nº 3 (1998): 437-52. Véase

también J. Panksepp, et al., «Endogenous Opioids and Social Behavior», *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 4, nº 4 (1981): 473-87; y J. Panksepp, E. Nelson, y S. Siviy, «Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation», *Acta paediatrica* 83, nº 397 (1994): 40-46.

10. La delegación que visitó a Robert Spitzer también incluía a Judy Herman, Jim Chu, y David Pelcovitz.

11. B. A. van der Kolk, et al., «Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma», *Journal of Traumatic Stress* 18, nº 5 (2005): 389-99. Véase también J. L. Herman, «Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma», *Journal of Traumatic Stress* 5, nº 3 (1992): 377-91; C. Zlotnick, et al., «The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 9, nº 2 (1996): 195-205; S. Roth, et al., «Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM&IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 10, nº 4 (1997): 539-55; y D. Pelcovitz, et al., «Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress», *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16.

12. B. C. Stolbach, et al., «Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 26, nº 4 (agosto de 2013): 483-91.

13. B. A. van der Kolk, et al., «Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma», *American Journal of Psychiatry* 153, supl (1996): 83-93. Véase también D. G. Kilpatrick, et al., «Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct—Criteria A Through E», en: *DSM-IV Sourcebook*, vol. 4 (Washington D. C.: American Psychiatric Press, 1998), 803-44; T. Luxenberg, J. Spinazzola, y B. A. van der Kolk, «Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment», *Directions in Psychiatry* 21, nº 25 (2001): 373-92; y B. A. van der Kolk, et al., «Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Compex Adaptation to Trauma», *Journal of Traumatic Stress* 18, nº 5 (2005): 389-99.

14. Estas preguntas están disponibles en el sitio web de ACE: http://acestudy.org/.

15. http://www.cdc.gov/ace/findings.htm; http://acestudy.org/download; V. Felitti, et al., «Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Preventive Medicine* 14, nº 4 (1998): 245-58. Véase también R. Reading, «The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology», *Child: Care, Health and Development* 32, nº 2 (2006): 253-56; V. J. Edwards, et al., «Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Psychiatry* 160, nº 8 (2003): 1453-60; S. R. Dube, et al., «Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult», *Addictive Behaviors* 27, nº 5 (2002): 713-25; S. R. Dube, et al., «Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study», *Pediatrics* 111, nº 3 (2003): 564-72.

16. S. A. Strassels, «Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse», *Journal of Managed Care Pharmacy* 15, nº 7 (2009): 556-62.

17. C. B. Nemeroff, et al., «Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 100, nº 24 (2003): 14293-96. Véase también C. Heim, P. M. Plotsky, y C. B. Nemeroff, «Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression», *Neuropsychopharmacology* 29, nº 4 (2004): 641-48.

18. B. E. Carlson, «Adolescent Observers of Marital Violence», *Journal of Family Violence* 5, nº 4 (1990): 285-99. Véase también B. E. Carlson, «Children's Observations of Interparental Violence», en *Battered Women and Their Families*, ed. A. R. Roberts (Nueva York: Springer, 1984), 147-67; J. L. Edleson, «Children's Witnessing of Adult Domestic Violence», *Journal of Interpersonal Violence* 14, nº 8 (1999): 839-70;

K. Henning, et al., «Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents», *Journal of Interpersonal Violence* 11, nº 1 (1996): 35-51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy, y D. O'Leary, «Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, nº 3 (1989): 453-55; J. R. Kolko, E. H. Blakely, y D. Engelman, «Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature», *Journal of Interpersonal Violence* 11, nº 2 (1996): 281-93; y J. Wolak y D. Finkelhor, «Children Exposed to Partner Violence», en *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, ed. J. L. Jasinski y L. Williams (Thousand Oaks, CA: Sage, 1998).

19. La mayoría de estas afirmaciones se basan en conversaciones con Vincent Felitti, ampliadas por J. E. Stevens, «The Adverse Childhood Experiences Study—the Largest Public Health Study You Never Heard Of», *Huffington Post*, 8 de octubre de 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html.

20. Riesgo poblacional atribuible: proporción de un problema en la población general cuyos problemas se pueden atribuir a factores de riesgo específicos.

21. National Cancer Institute, «casi 800.000 muertes evitadas gracias a la reducción del tabaquismo» (nota de prenssa), 14 de marzo de 2012, disponible en http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControl-CISNET.

CAPÍTULO 10: TRAUMA DEL DESARROLLO: LA EPIDEMIA OCULTA

1. Estos casos formaban parte del ensayo de campo del TTD realizado conjuntamente por Julian Ford, Joseph Spinazzola y yo mismo.

2. H. J. Williams, M. J. Owen, y M. C. O'Donovan, «Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches», *British Medical Bulletin* 91 (2009): 61-74. Véase también P. V. Gejman, A. R. Sanders, y K. S. Kendler, «Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges», *Annual Review of Genomics and Human Genetics* 12 (2011): 121-44; y A. Sanders, et al., «No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics», *American Journal of Psychiatry* 165, nº 4 (abril de 2008): 497-506.

3. R. Yehuda, et al., «Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD», *Psychopharmacology* 212, nº 3 (octubre de 2010): 405-17; K. C. Koenen, «Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies», *Journal of Traumatic Stress* 20, nº 5 (octubre de 2007): 737-50; M. W. Gilbertson, et al., «Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma», *Nature Neuroscience* 5 (2002): 1242-47.

4. Koenen, «Genetics of Posttraumatic Stress Disorder». Véase también R. F. P. Broekman, M. Olff, y F. Boer, «The Genetic Background to PTSD», *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31, nº 3 (2007): 348-62.

5. M. J. Meaney y A. C. Ferguson-Smith, «Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks», *Nature Neuroscience* 13, nº 11 (2010): 1313-18. Véase también M. J. Meaney, «Epigenetics and the Biological Definition of Gene × Environment Interactions», *Child Development* 81, nº 1 (2010): 41-79; y B. M. Lester, et al., «Behavioral Epigenetics», *Annals of the New York Academy of Sciences* 1226, nº 1 (2011): 14-33.

6. M. Szyf, «The Early Life Social Environment and DNA Methylation:

DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life», *Epigenetics* 6, nº 8 (2011): 971-78.

7. Moshe Szyf, Patrick McGowan, y Michael J. Meaney, «The Social Environment and the Epigenome», *Environmental and Molecular Mutagenesis* 49, nº 1 (2008): 46-60.

8. Actualmente existen muchas pruebas de que las experiencias vitales de todo tipo modifican la expresión genética. Algunos ejemplos son: D. Mehta, et al., «Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in Posttraumatic Stress Disorder», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110, nº 20 (2013): 8302-7; P. O. McGowan, et al., «Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse», *Nature Neuroscience* 12, nº 3 (2009): 342-48; M. N. Davies, et al., «Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood», *Genome Biology* 13, nº 6 (2012): R43; M. Gunnar y K. Quevedo, «The Neurobiology of Stress and Development», *Annual Review of Psychology* 58 (2007): 145-73; A. Sommershof, et al., «Substantial Reduction of Naïve and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress», *Brain, Behavior, and Immunity* 23, nº 8 (2009): 1117-24; N. Provençal, et al., «The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells», *Journal of Neuroscience* 32, nº 44 (2012): 15626-42; B. Labonté, et al., «Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma», *Archives of General Psychiatry* 69, nº 7 (2012): 722-31; A. K. Smith, et al., «Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Post-traumatic Stress Disorder», *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 156B, nº 6 (2011): 700-8; M. Uddin, et al., «Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, nº 20 (2010): 9470-75.

9. C. S. Barr, et al., «The Utility of the Non&human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research», *Genes, Brain and Behavior* 2, nº 6 (2003): 336-40.

10. A. J. Bennett, et al., «Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function», *Molecular Psychiatry* 7, nº 1 (2002): 118-22. Véase también C. S. Barr, et al., «Interaction Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates», *Archives of General Psychiatry* 61, nº 11 (2004): 1146; y C. S. Barr, et al., «Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early&Life Stress», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, nº 5 (2003): 812-17.

11. A. Roy, et al., «Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide», *Neuropsychopharmacology* 35, nº 8 (2010): 1674-83. Véase también M. A. Enoch, et al., «The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence», *Biological Psychiatry* 67 nº 1 (2010): 20-27; y A. Roy, et al., «Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior», *Journal of Psychiatric Research* 46, nº 1 (2012): 72-79.

12. A. S. Masten y D. Cicchetti, «Developmental Cascades», *Development and Psychopathology* 22, nº 3 (2010): 491-95; S. L. Toth, et al., «Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children», *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, nº 7 (2011): 659-68; J. Willis, «Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom», *Phi Delta Kappan* 89, nº 6 (2008): 424; I. M. Eigsti and D. Cicchetti, «The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syn tax at 60 Months», *Developmental Science* 7, nº 1 (2004): 88-102.

13. J. Spinazzola, et al., «Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents», *Psychiatric Annals* 35, nº 5 (2005): 433-39.

14. R. C. Kessler, C. B. Nelson, y K. A. McGonagle, «The Epidemiology of Co-occuring Addictive and Mental Disorders», *American Journal of Orthopsychiatry* 66, nº 1 (1996): 17-31. Véase también Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (Washington: National Academies Press, 2008); y C. S. North,

et al., «Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry* 166, nº 1 (2009): 34-40.

15. Joseph Spinazzola, et al., «Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents», *Psychiatric Annals* (2005).

16. Nuestro grupo de trabajo estaba formado por los doctores Bob Pynoos, Frank Putnam, Glenn Saxe, Julian Ford, Joseph Spinazzola, Marylene Cloitre, Bradley Stolbach, Alexander McFarlane, Alicia Lieberman, Wendy D'Andrea, Martin Teicher, y Dante Cicchetti.

17. La propuesta de criterios para el trastorno de trauma del desarrollo se incluye en el apéndice.

18. http://www.traumacenter.org/products/instruments.php.

19. Lea más sobre Sroufe en www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html y más sobre el Estudio Longitudinal de Riesgo y Adaptación de Minnesota y su publicación en http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/y http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/. Véase también L. A. Sroufe y W. A. Collins, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (Nueva York: Guilford Press, 2009); y L. A. Sroufe, «Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood», *Attachment & Human Development* 7, nº 4 (2005): 349-67.

20. L. A. Sroufe, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (Nueva York: Guilford Press, 2005). La investigadora de Harvard Karlen Lyons-Ruth halló conclusiones similares en una muestra de niños a los que siguió durante unos dieciocho años: apego desorganizado, inversión de roles y falta de comunicación materna a los tres años eran los principales predictores de que los niños formaran parte del sistema de salud mental o de los servicios sociales a los dieciocho años.

21. D. Jacobvitz y L. A. Sroufe, «The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study», *Child Development* 58, nº 6 (diciembre de 1987): 1496-504.

22. G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen, y A. Caspi, «Linking Family Hardship to Children's Lives», *Child Development* 56, nº 2 (abril de 1985): 361-75.

23. Para los niños que fueron maltratados físicamente, la probabilidad de ser diagnosticados de trastorno conductual o trastorno desafiante oposicionista aumentó en un factor de 3. El abandono o el abuso sexual duplicaban la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad. La indisponibilidad psicológica de los padres o el abuso sexual duplicaban la probabilidad de desarrollar TEPT más adelante. La posibilidad de recibir múltiples diagnósticos era del 54 % en el caso de los niños víctimas de abandono, del 60 % en el caso del abuso físico y del 73 % en el caso de abuso sexual.

24. Esta es una cita basada en el trabajo de Emmy Werner, que ha estudiado a 698 niños nacidos en la isla de Kauai durante 40 años desde 1955. El estudio mostró que la mayoría de los niños que crecieron en hogares inestables experimentaban problemas con la delincuencia, la salud mental y física, y la estabilidad familiar. Un tercio de todos los niños de alto riesgo mostraron resiliencia y se convirtieron en adultos afectuosos, competentes y confiados. Los factores protectivos eran: 1) ser un niño atractivo; 2) tener un vínculo fuerte con un cuidador no parental (como una tía, una canguro o una maestra) y una intensa participación en la iglesia o en grupos de la comunidad. E. E. Werner y R. S. Smith, *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood* (Itaca, NY y Londres: Cornell University Press, 1992).

25. P. K. Trickett, J. G. Noll, y F. W. Putnam, «The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study», *Development and Psychopathology* 23 (2011): 453-76. Véase también J. G. Noll, P. K. Trickett, y F. W. Putnam, «A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 575-86; P. K. Trickett, C. McBride-Chang, y F. W. Putnam, «The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females», *Development and Psychopathology* 6 (1994): 183-94; P. K. Trickett y F. W. Putnam, *Sexual Abuse of Females: Effects in Childhood* (Washington: National Institute of Mental Health, 1990-1993); F. W. Putnam y P. K. Trickett, *The*

Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse (Nueva York: W. T. Grant Foundation, 1987).

26. En los 63 estudios sobre trastorno de regulación del estado de ánimo disruptivo, nadie preguntó nada sobre el apego, el TEPT, el trauma, el abuso infantil o el abandono. La palabra «maltrato» se menciona solo de paso en uno de los 63 artículos. No hay nada sobre crianza, dinámicas familiares o sobre terapia familiar.

27. En el apéndice en la parte final del DSM, se encuentran los llamados «códigos V», etiquetas diagnósticas sin carácter oficial que no son reembolsables por las aseguradoras. Allí hay listas con abuso infantil, abandono infantil, abuso físico infantil y abuso sexual infantil.

28. Ibid., p 121.

29. En el momento de escribir estas líneas, el DSM-V está en la séptima posición en la lista de superventas de Amazon. La APA ganó 100 millones de dólares americanos con la edición anterior del DSM. La publicación del DSM representa, con las contribuciones del sector farmacéutico y las cuotas de sus miembros, la principal fuente de ingresos de la APA.

30. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (Nueva York: Penguin, 2013), 239.

31. En una carta abierta a la APA, David Elkins, presidente de una de las divisiones de la Asociación Americana de Psicología, se quejaba de que el DSM-V se basaba en pruebas poco sólidas, de la falta de consideración de la salud pública y de las conceptualizaciones del trastorno mental como un fenómeno básicamente médico. Su carta atrajo casi 5000 firmas. El presidente de la Asociación Americana de Counseling envió una carta en nombre de los 115.000 miembros de su asociación compradores del DSM al presidente de la APA, también quejándose de la calidad de la ciencia detrás del DSM-V y «animaba a la APA a hacer público el trabajo del comité de revisión científica que se había nombrado para revisar los cambios propuestos», así como permitir una evaluación de «todas las pruebas y datos por parte de grupos de expertos externos e independientes».

32. Thomas Insel había realizado previamente estudios sobre la hormona

del apego (oxitocina) en primates no humanos.

33. National Institute of Mental Health, «NIMH Research Domain Criteria (RDoC)», http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml.

34. *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (Nueva York: Guilford Press, 2005).

35. B. A. van der Kolk, «Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories», *Psychiatric Annals* 35, nº 5 (2005): 401-8; W. D'Andrea, et al., «Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis», *American Journal of Orthopsychiatry* 82 (2012): 187-200; J. D. Ford, et al., «Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians», *Journal of Clinical Psychiatry* 74, nº 8 (2013): 841-49. Los resultados actualizados del estudio de campo sobre el trastorno de trauma del desarrollo están disponibles en nuestro sitio web: www.traumacenter.org.

36. J. J. Heckman, «Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children», *Science* 312, nº 5782 (2006): 1900-2.

37. D. Olds, et al., «Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial», *JAMA* 280, nº 14 (1998): 1238-44. Véase también J. Eckenrode, et al., «Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence», *JAMA* 284, nº 11 (2000): 1385-91; D. I. Lowell, et al., «A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice», *Child Development* 82, nº 1 (enero/febrero de 2011): 193-208; S. T. Harvey y J. E. Taylor, «A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents», *Clinical Psychology Review* 30, nº 5 (julio de 2010): 517-35; J. E. Taylor and S. T. Harvey, «A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Adults Sexually Abused in Childhood», *Clinical Psychology Review* 30, nº 6 (agosto de 2010): 749-67; Olds, Henderson,

Chamberlin & Tatelbaum, 1986; B. C. Stolbach, et al., «Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Chil dren: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 26, nº 4 (agosto de 2013): 483-91.

CAPÍTULO 11: DESTAPAR LOS SECRETOS: EL PROBLEMA DEL RECUERDO TRAUMÁTICO

1. A diferencia de las consultas clínicas, en las que se aplica la confidencialidad entre médico y paciente, las evaluaciones forenses son documentos públicos que se pueden compartir con letrados, tribunales y jurados. Antes de realizar una evaluación forense, informo a los clientes de ello y les aviso de que nada de lo que me digan podrá ser confidencial.

2. K. A. Lee, et al., «A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat», *American Journal of Psychiatry* 152, nº 4 (abril de 1995): 516-22.

3. J. L. McGaugh y M. L. Hertz, *Memory Consolidation* (San Fransisco: Albion Press, 1972); L. Cahill y J. L. McGaugh, «Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory», *Trends in Neurosciences* 21, nº 7 (1998): 294-99.

4. A. F. Arnsten, et al., «α-1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function», *Biological Psychiatry* 45, nº 1 (1999): 26-31. Véase también A. F. Arnsten, «Enhanced: The Biology of Being Frazzled», *Science* 280, nº 5370 (1998): 1711-12; S. Birnbaum, et al., «A Role for Norepinephrine in Stress- Induced Cognitive Deficits: α-1-adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex», *Biological Psychiatry* 46, nº 9 (1999): 1266-74.

5. Y. D. van der Werf, et al. «Special Issue: Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning», *Cortex* 39 (2003): 1047-62. Véase también B. M. Elzinga y J. D. Bremner, «Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?», *Journal of Affective Disorders* 70 (2002): 1-17; L. M. Shin, et al., «A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry* 62 (2005): 273-81; L. M. Williams, et al., «Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear», *Neuroimage* 29 (2006): 347-57; R. A. Lanius, et al.,

«Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation», *Biological Psychiatry* 52 (2002): 305-11; H. D Critchley, C. J. Math ias, y R. J. Dolan, «Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy», *Neuron* 33 (2002): 653-63; M. Beauregard, J. Levesque, y P. Bourgouin, «Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion», *Journal of Neuroscience* 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner, et al., «For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down- and Up-Regulation of Negative Emotion», *NeuroImage* 23 (2004): 483-99; M. A. Morgan, L. M. Romanski, y J. E. LeDoux, et al., «Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex», *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; M. R. Milad and G. J. Quirk, «Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction», *Nature* 420 (2002): 70-74; y J. Amat, et al., «Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus», *Nature Neuroscience* 8 (2005): 365-71.

6. B. A. van der Kolk y R. Fisler, «Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study», *Journal of Traumatic Stress* 8, nº 4 (1995): 505-25.

7. Definición de *histeria* según el Free Dictionary, http://www.thefreedictionary.com/hysteria.

8. A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997). Véase tqambién H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (Nueva York: Basic Books, 2008).

9. T. Ribot, *Diseases of Memory* (Nueva York: Appleton, 1887), 108-9; Ellenberger, *Discovery of the Unconscious*.

10. J. Breuer y S. Freud, «The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Londres: Hogarth Press, 1893).

11. A. Young, *Harmony of Illusions*.

12. J. L. Herman, *Trauma and Recovery* (Nueva York: Basic Books, 1997), 15.

13. A. Young, *Harmony of Illusions*. Véase también J. M. Charcot, *Clinical Lectures on Cer tain Diseases of the Nervous System*, vol. 3 (Londres: New Sydenham Society, 1888).

14. http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jpg

15. P. Janet, *L'Automatisme psychologique* (París: Félix Alcan, 1889).

16. Onno van der Hart me enseñó el trabajo de Janet y probablemente sea el mayor erudito vivo de su trabajo. Tuve la gran fortuna de colaborar estrechamente con Onno resumiendo las ideas esenciales de Janet. B. A. van der Kolk y O. van der Hart, «Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989): 1530-40; B. A. van der Kolk y O. van der Hart, «The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma», *Imago* 48 (1991): 425-54.

17. P. Janet, «L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'emotion» [Amnesia y disociación de los recuerdos mediante la emoción], *Journal de Psychologie* 1 (1904): 417-53.

18. P. Janet, *Psychological Healing* (Nueva York: Macmillan, 1925), 660.

19. P. Janet, *L'Etat mental des hystériques*, 2ª ed. (París: Félix Alcan, 1911; repr. Marsella, Francia: Lafitte Reprints, 1983); P. Janet, *The Major Symptoms of Hysteria* (Londres y Nueva York: Macmillan, 1907; repr. Nueva York: Hafner, 1965); P. Janet, *L'evolution de la memoire et de la notion du temps* (París: A. Chahine, 1928).

20. J. L. Titchener, «Post-traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives», *Trauma and Its Wake* 2 (1986): 5-19.

21. J. Breuer y S. Freud, «The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena».

22. S. Freud y J. Breuer, «The Etiology of Hysteria», en la *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 3, ed. J. Strachy (Londres: Hogarth Press, 1962): 189-221.

23. S. Freud, «Three Essays on the Theory of Sexuality», en The *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 7 (Londres: Hogarth Press, 1962): 190: La reaparición de la actividad sexual está determinada por causas internas y eventualidades externas… Debo hablar ahora de las causas internas; *se concede una gran y duradera importancia en este periodo a las eventualidades externas accidentales* [énfasis de Freud]. *En primer plano encontramos los efectos de la seducción, que trata a un niño como objeto sexual prematuramente* y le enseña, en circunstancias muy emocionales, cómo obtener satisfacción de sus zonas genitales, una satisfacción que luego suele verse obligado a repetir una y otra vez mediante la masturbación. Una influencia de este tipo se puede originar bien por parte de adultos o de otros niños. *No puedo admitir que en mi artículo «The Aetiology of Hysteria»(1896c) exagerara la frecuencia o la importancia de esta influencia*, aunque entonces no sabía que las personas que permanecen normales pueden haber tenido las mismas experiencias en su infancia y por lo tanto sobrestimé la importancia de la seducción en comparación con los factores de la constitución y el desarrollo sexual. Obviamente, la seducción no es necesaria para despertar la vida sexual de un niño; esto también se puede producir espontáneamente por causas internas. S. Freud «Introductory Lectures in Psycho-analysis» en *Standard Edition* (1916), 370: Las fantasías de ser seducido son especialmente interesantes, porque a menudo no son fantasías, sino recuerdos reales.

24. S. Freud, *Inhibitions Symptoms and Anxiety* (1914), 150. Véase también Strachey, *Standard Edition of the Complete Psychological Works*.

25. B. A. van der Kolk, *Psychological Trauma* (Washington D. C.: American Psychiatric Press, 1986).

26. B. A. van der Kolk, «The Compulsion to Repeat the Trauma», *Psychiatric Clinics of North America* 12, nº 2 (1989): 389-411.

CAPÍTULO 12: EL PESO INSOPORTABLE DE LOS RECUERDOS

1. A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997), 84.

2. F. W. Mott, «Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury», *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 9 (1916): i-xliv. Véase también C. S. Myers, «A Contribution to the Study of Shell Shock», *Lancet* 1 (1915): 316-20; T. W. Salmon, «The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses ("Shell Shock") in the British Army», *Mental Hygiene* 1 (1917): 509-47; y E. Jones y S. Wessely, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf* (Hove, Reino Unido: Psychology Press, 2005).

3. J. Keegan, *The First World War* (Nueva York: Random House, 2011).

4. A. D. Macleod, «Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War». *Journal of the Royal Society of Medicine* 97, nº 2 (2004): 86-89; M. Eckstein, *Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age* (Boston: Houghton Mifflin, 1989).

5. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into* «*Shell-Shock*» (Londres: His Majesty's Stationery Office, 1922).

6. Pat Barker, ganador del Premio Booker, ha escrito una emotiva trilogía sobre el trabajo del psiquiatra de guerra W. H. R. Rivers: P. Barker, *Regeneration* (Londres: Penguin Reino Unido, 2008); P. Barker, *The Eye in the Door* (Nueva York: Penguin, 1995); P. Barker, *The Ghost Road* (Londres: Penguin Reino Unido, 2008). Puede encontrar más información sobre las consecuencias de la I Guerra Mundial en A. Young, *Harmony of Illusions* y B. Shephard, *A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914-1994* (Londres: Jonathan Cape, 2000).

7. J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal* (1937); R. Daniels, T*he Bonus March: An Episode of the Great Depression* (1971).

8. E. M. Remarque, *All Quiet on the Western Front*, trans. A. W. Wheen (Londres: GP Putnam's Sons, 1929).

9. Ibid., pp. 192-93.

10. Véase http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gvKVLcMVIuG&b=395007.

11. C. S. Myers, *Shell Shock in France 1914-1918* (Cambridge, Reino Unido: Cambridge Univer sity Press, 1940).

12. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (Nueva York: Hoeber, 1941).

13. http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(película).

14. G. Greer y J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You* (Londres: Penguin, 1990).

15. A. Kardiner y H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness* (Oxford, Reino Unido: Hoeber, 1947).

16. D. J. Henderson, «Incest», en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2ª ed., eds. M. Freedman y H. I. Kaplan (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

17. W. Sargent y E. Slater, «Acute War Neuroses», *The Lancet* 236, nº 6097 (1940): 1-2. Véase también G. Debenham, et al., «Treatment of War Neurosis», *The Lancet* 237, nº 6126 (1941): 107-9; y W. Sargent and E. Slater, «Amnesic Syndromes in War», *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Section of Psychiatry) 34, nº 12 (octubre de 1941): 757-64.

18. Todos los estudios científicos sobre los recuerdos de los abusos sexuales en la infancia, ya sean prospectivos o retrospectivos, tanto si estudian muestras clínicas como muestras de la población general, demuestran que cierto porcentaje de personas que han sufrido abusos en la infancia olvida, y posteriormente recuerda, su abuso. Véase, por ejemplo, B. A. van der Kolk y R. Fisler, «Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study», *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995): 505-25; J. W. Hopper y B. A. van der Kolk, «Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A Preliminary Report on Three Case Studies of a New Standardized Method», *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4 (2001): 33-71; J. J. Freyd y A. P. DePrince, eds., *Trauma and*

Cognitive Science (Binghamton, NY: Haworth Press, 2001), 33-71; A. P. DePrince y J. J. Freyd, «The Meeting of Trauma and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities at the Crossroads», *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4, nº 2 (2001): 1-8; D. Brown, A. W. Scheflin, y D. Corydon Hammond, *Memory, Trauma Treatment and the Law* (Nueva York: Norton, 1997); K. Pope y L. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics* (Washington D. C.: American Psychological Association, 1996); y L. Terr, *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found* (Nueva York: Basic Books, 1994).

19. E. F. Loftus, S. Polonsky, y M. T. Fullilove, «Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing», *Psychology of Women Quarterly* 18, nº 1 (1994): 67-84; L. M. Williams, «Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, nº 6 (1994): 1167-76.

20. L. M. Williams, «Recall of Childhood Trauma».

21. L. M. Williams, «Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories», *Journal of Traumatic Stress* 8, nº 4 (1995): 649-73.

22. El destacado neurocientífico Jaak Panksepp afirma en su libro más reciente: «Abundante trabajo preclínico con modelos animales no ha demostrado que los recuerdos que se recuperan suelan volver a sus bancos de memoria con modificaciones». Panksepp y L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Serie Norton sobre neurobiología interpersonal (Nueva York: W. W. Norton, 2012).

23. E. F. Loftus, «The Reality of Repressed Memories», *American Psychologist* 48, nº 5 (1993): 518-37. Véase también E. F. Loftus y K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse* (Nueva York: Macmillan, 1996).

24. J. F. Kihlstrom, «The Cognitive Unconscious», *Science* 237, nº 4821 (1987): 1445-52.

25. E. F. Loftus, «Planting Misinformation in the Human Mind: A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory», *Learning & Memory* 12, nº 4 (2005): 361-66.

26. B. A. van der Kolk y R. Fisler, «Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study», *Journal of Traumatic Stress* 8, nº 4 (1995): 505-25.

27. Lo exploraremos más en detalle en el capítulo 14.

28. L. L. Langer, *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (New Haven, CT: Yale University Press, 1991).

29. Ibid., p.5.

30. L. L. Langer, op. cit., p. 21.

31. L. L. Langer, op. cit., p. 34.

32. J. Osterman y B. A. van der Kolk, «Awareness During Anaesthesia and Post-traumatic Stress Disorder», *General Hospital Psychiatry* 20 (1998): 274-81. Véase también Kiviniemi, «Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia», *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* 62 (1994): 441-49; A. D. Macleod y E. Maycock, «Awareness During Anaesthesia and Post Traumatic Stress Disorder», *Anaesthesia and Intensive Care* 20, nº 3 (1992) 378-82; F. Guerra, «Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia», en *International Anesthesiology Clinics*, vol. 24. ed. B. T. Hindman (Boston: Little, Brown, 1986), 75-99; J. Eldor y D. Z. N. Frankel, «Intra-anesthetic Awareness», *Resuscitation* 21 (1991): 113-19; J. L. Breckenridge y A. R. Aitkenhead, «Awareness During Anaesthesia: A Review», *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 65, nº 2 (1983), 93.

CAPÍTULO 13: SUPERAR EL TRAUMA: SER DUEÑOS DE NOSOTROS MISMOS

1. «Autoliderazgo» es el término usado por Dick Schwartz en la terapia de los sistemas familiares internos, el tema del capítulo 17.

2. Las excepciones son el trabajo de Pesso y de Schwartz, detallado en los capítulos 17 y 18, que yo mismo practico, y de los que me he beneficiado personalmente, pero que no he estudiado científicamente (por ahora).

3. A. F. Arnsten, «Enhanced: The Biology of Being Frazzled», *Science* 280, nº 5370 (1998): 1711-12; A. Arnsten, «Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function», *Nature Reviews Neuroscience* 10, nº 6 (2009): 410-22.

4. D. J. Siegel, *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration* (Nueva York: W. W. Norton, 2010).

5. J. E. LeDoux, «Emotion Circuits in the Brain», *Annual Review of Neuroscience* 23, nº 1 (2000): 155-84. Véase también M. A. Morgan, L. M. Romanski, y J. E. LeDoux, «Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex», *Neuroscience Letters* 163, nº 1 (1993): 109-13; y J. M. Moscarello y J. E. LeDoux, «Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive Reactions», *Journal of Neuroscience* 33, nº 9 (2013): 3815-23.

6. S. W. Porges, «Stress and Parasympathetic Control», *Stress Science: Neuroendocrinology* 306 (2010). Véase también S. W. Porges, «Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect», en *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Serie Norton sobre neurobiología interpersonal (Nueva York: W. W. Norton, 2009), 27.

7. B. A. van der Kolk, et al., «Yoga as an Adjunctive Treatment for PTSD», J*ournal of Clinical Psychiatry* 75, nº 6 (junio de 2014): 559-65.

8. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (Nueva York: W. W. Norton

& Company, 2014).

9. R. P. Brown y P. L. Gerbarg, «Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression Part II: Clinical Applications and Guide lines», *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 11, nº 4 (2005): 711-17. Véase también C. L. Mandle, et al., «The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature», *Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (1996): 4-26; y M. Nakao, et al., «Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic», *Psychotherapy and Psychosomatics* 70 (2001): 50-57.

10. C. Hannaford, *Smart Moves: Why Learning Is Not All in Your Head* (Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995), 22207-3746.

11. J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illnes*s (Nueva York: Bantam Books, 2013). Véase también D. Fosha, D. J. Siegel, y M. Solomon, eds., *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Serie Norton sobre neurobiología interpersonal (Nueva York: W. W. Norton, 2011); y B. A. van der Kolk, «Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience», *Psychoanalytic Dialogues* 12, nº 3 (2002): 381-92.

12. Como hemos visto en el capítulo 5, los escáneres cerebrales de personas que sufren TEPT muestran una activación alterada en las áreas asociadas con la red defectuosa, implicada en el recuerdo autobiográfico y la percepción continuada de uno mismo.

13. P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic, 2010).

14. P. Ogden, *Trauma and the Body* (Nueva York: Norton, 2009). Véase también A. Y. Shalev, «Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Clinical Psychiatry* 61, sup. 5 (2000): 33-42.

15. I. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*. p. xx.

16. S. G. Hofmann, et al., «The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, nº 2 (2010): 169-83; J. D.

Teasdale, et al., «Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 615-23. Véase también Britta K. Hölzel, et al., «How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective», *Perspectives on Psychological Science* 6, nº 6 (2011): 537-59; y P. Grossman, et al., «Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis», *Journal of Psychosomatic Research* 57, nº 1 (2004): 35-43.

17. Los circuitos cerebrales implicados en la meditación consciente han sido bien establecidos, mejoran la regulación de la atención y tienen un efecto positivo sobre la interferencia de las reacciones emocionales en las tareas de atención. Véase L. E. Carlson, et al., «One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients», *Brain, Behavior, and Immunity* 21, nº 8 (2007): 1038-49; y R. J. Davidson, et al., «Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation», *Psychosomatic Medicine* 65, nº 4 (2003): 564-70.

18. Britta Hölzel y sus colegas han investigado extensamente la meditación y la función cerebral y han demostrado que implica la CPF dorsomedial, la CPF ventrolateral y el cíngulo anterior rostral (CCA). Véase B. K. Hölzel, et al., «Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5 (2010): 11-17; B. K. Hölzel, et al., «Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density», *Psychiatry Research* 191, nº 1 (2011): 36-43; B. K. Hölzel, et al., «Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, nº 1 (2008): 55-61; y B. K. Hölzel, et al., «Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators», *Neuroscience Letters* 421, nº 1 (2007): 16-21.

19. La principal estructura cerebral implicada en la concienciación corporal es la ínsula anterior. Véase D. Craig, «Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body», *Current Opinion on Neurobiology* 13 (2003): 500-5; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, y

Dolan, 2004; N. A. S. Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, et al., «Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Dis tinct Neural Modes of Self-Reference», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2 (2007): 313-22.; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan, y P. Rainville, «Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators», *Emotion* 10, nº 1 (2010): 43-53.

20. S. J. Banks, et al., «Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, nº 4 (2007): 303-12. Véase también M. R. Milad, et al., «Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102, nº 30 (2005): 10706-11; y S. L. Rauch, L. M Shin, and E. A. Phelps, «Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research-Past, Present, and Future», *Biological Psychiatry* 60, nº 4 (2006): 376-82.

21. A. Freud y D. T. Burlingham, *War and Children* (Nueva York: New York University Press, 1943).

22. La gente lidia con las experiencias abrumadoras de tres maneras diferentes: con la disociación (distanciándose, desconectándose), la despersonalización (sentir que le está ocurriendo a otra persona) y la desrealización (sentir que pase lo que pase no es real).

23. Mis compañeros del Justice Resource Institute han creado un programa residencial para adolescentes, el Centro van der Kolk en la Academia Glenhaven, que pone en práctica muchos de los tratamientos inspirados en el trauma descritos en este libro, incluyendo el yoga, la integración sensorial, el neurofeedback y el teatro. http://www.jri.org/vanderkolk/about. El modelo de tratamiento dominante (apego, autorregulación y competencia (ARC)) fue desarrollado por mis compañeras Margaret Blaustein y Kristine Kinneburgh. Margaret E. Blaustein, y Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency* (Nueva York: Guilford Press, 2012).

24. C. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling* (Nueva York: Routledge, 2011). Véase también A. J. Cleveland, «Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations», *Dissociation* 8, nº 4 (1995): 247-52; y A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (San Diego: Academic Press, 2010).

25. E. Warner, et al., «Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings», *Journal of Family Violence* 28, nº 7 (2013): 729-38. Véase también A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders* (Los Ángeles: Western Psychological Services, 1972); H. Hodgdon, et al., «Development and Implementation of Trauma- Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework», *Journal of Family Violence* 27, nº 8 (2013); J. LeBel, et al., «Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1», *Mental Health Special Interest Section Quarterly* 33, nº 1 (2010): 1-4.

26. Parecían haber activado el sistema cerebeloso vestibular, que parece estar implicado en la autorregulación y puede quedar dañado por el abandono temprano.

27. Aaron R. Lyon y Karen S. Budd, «A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)». *Journal of Child and Family Studies* 19, nº 5 (2010): 654-68. Véase también Anthony J. Urquiza y Cheryl Bodiford McNeil, «Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families», *Child Maltreatment* 1, nº 2 (1996): 134-44; J. Borrego Jr., et al. «Research Publications», *Child and Family Behavior Therapy* 20: 27-54.

28. B. A. van der Kolk, et al., «Fluoxetine in Post Traumatic Stress», *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

29. P. Ogden, K. Minton, y C. Pain, *Trauma and the Body* (Nueva York: Norton, 2010); P. Ogden y J. Fisher, *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment* (Nueva York: Norton, 2014).

30. P. Levine, *In an Unspoken Voice* (Berkeley, CA: North Atlantic

Books); P. Levine, *Waking the Tiger* (Berkeley, CA: North Atlantic Books).

31. Para saber más sobre este curso, véase http://modelmugging.org/.

32. S. Freud, *Remembering, Repeating, and Working Through (Further Recommenda tions on the Technique of Psychoanalysis II),* ed. estándar (Londres: Hogarth Press, 1914), p. 371.

33. E. Santini, R. U. Muller, y G. J. Quirk, «Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent Memory», *Journal of Neuroscience* 21 (2001): 9009-17.

34. E. B. Foa y M. J. Kozak, «Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information», *Psychological Bulletin* 99, nº 1 (1986): 20-35.

35. C. R. Brewin, «Implications for Psychological Intervention», en *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, ed. J. J. Vasterling y C. R. Brewin (Nueva York: Guilford, 2005), 272.

36. T. M. Keane, «The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD», *National Center for PTSD Clinical Quarterly* 5, nº 4 (1995): 1-6.

37. E. B. Foa y R. J. McNally, «Mechanisms of Change in Exposure Therapy», en *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, ed. R. M. Rapee (Nueva York: Guilford, 1996), 329-43.

38. J. D. Ford y P. Kidd, «Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD», *Journal of Traumatic Stress* 18 (1998): 743-61. Véase también A. McDonagh-Coyle, et al., «Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, nº 3 (2005): 515-24; Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence* (Washington D. C.: National Academies Press, 2008); y R. Bradley, et al., «A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD», *American Journal of Psychiatry* 162, nº 2 (2005): 214-27.

39. J. Bisson, et al., «Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis», *British Journal of Psychiatry* 190 (2007): 97-104. Véase también L. H. Jaycox, E. B. Foa, y A. R. Morrall, «Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 185-92.

40. Abandonos: en exposición prolongada (n = 53 [38%]); en terapia centrada en el presente (n = 30 [21 %]) (P = 0,002). El grupo de control también tuvo una alta tasa de bajas: 2 muertes no suicidas, 9 ingresos psiquiátricos y 3 intentos de suicidio. P.P. Schnurr, et al., «Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women», *JAMA* 297, nº 8 (2007): 820-30.

41. R. Bradley, et al., «A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD», *American Journal of Psychiatry* 162, nº 2 (2005): 214-27.

42. J. H. Jaycox y E. B. Foa, «Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions», *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, nº 3 (1996): 176-84. Véase también E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda, y K. J. Perry, «Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (1995): 948-55.

43. Comunicación personal de Alexander McFarlane.

44. R. K. Pitman, et al., «Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Clinical Psychiatry* 52, nº 1 (enero de 1991): 17-20.

45. Jean Decety, Kalina J. Michalska, y Katherine D. Kinzler, «The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study», *Cerebral Cortex* 22, nº 1 (2012): 209-20; Jean Decety y C. Daniel Batson, «Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity», *Social Neuroscience*, 2, nº 3-4 (2007).

46. K. H. Seal, et al., «VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses», *Journal of Traumatic Stress* 23 (2010): 5-16.

47. L. Jerome, «(+/-)-3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, «Ecstasy») Investigator’s Brochure», diciembre de 2007, disponible en www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf (consultado el 16 de agosto de 2012).

48. John H. Krystal, et al. «Chronic 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function», *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 18.3 (1992): 331-341.

49. Michael C. Mithoefer, et al., «The Safety and Efficacy of ±3, 4-methylenedioxy methamphetamine-assisted Psychotherapy in Subjects with Chronic, Treatment- resistant Posttraumatic Stress Disorder: The First Randomized Controlled Pilot Study», *Journal of Psychopharmacology* 25.4 (2011): 439-452; M. C. Mithoefer, et al., «Durability of Improvement in Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3, 4-Methylenedioxy methamphetamine-Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study», *Journal of Psychopharmacology* 27, nº 1 (2013): 28-39.

50. J. D. Bremner, «Neurobiology of Post-traumatic Stress Disorder», en *Post-traumatic Stress Disorder: A Critical Review*, ed. R. S. Rynoos (Lutherville, MD: Sidran Press, 1994), 43-64.

51. http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2 drug-policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321%2F.

52. J. R. T. Davidson, «Drug Therapy of Post-traumatic Stress Disorder», *British Journal of Psychiatry* 160 (1992): 309-14. Véase también R. Famularo, R. Kinscherff, y T. Fenton, «Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type», *American Journal of Disorders of Childhood* 142 (1988): 1244-47; F. A. Fesler, «Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Clinical Psychiatry* 52 (1991): 361-64; B. H. Herman, et al., «Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior», *Annals of Neurology* 22 (1987): 530-34; y B. A. van der Kolk, et al., «Fluoxetine in Post-traumatic Stress Disorder».

53. B. Van der Kolk, et al., «A Randomized Clinical Trial of EMDR,

Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and Long-Term Maintenance», *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 37-46.

54. R. A. Bryant, et al., «Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques», *American Journal of Psychiatry* 156, nº 11 (noviembre de 1999): 1780-86; N. P. Roberts, et al., «Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms», *Cochran Database of Systematic Reviews* 3 (marzo de 2010).

55. Incluye el antagonista del receptor alfa1 prazosin, el antagonista del receptor de alfa2 clonidina, y el antagonista del receptor beta propranolol. Véase M. J. Friedman y J. R. Davidson, «Pharmacotherapy for PTSD», en *Handbook of PTSD: Science and Practice*, ed. M. J. Friedman, T. M. Keane, y P. A. Resick (Nueva York: Guilford Press, 2007), 376.

56. M. A. Raskind, et al., «A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder», *Biological Psychiatry* 61, nº 8 (2007): 928-34; F. B. Taylor, et al., «Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study», *Biological Psychiatry* 63, nº 6 (2008): 629-32.

57. El litio, lamotrigin, carbamazepina, divalproex, gabapentina y topiramato pueden ayudar a controlar la agresividad y la irritabilidad relacionadas con el trauma. El valproato ha demostrado ser efectivo en varios casos con TEPT, incluyendo pacientes veteranos del Vietnam con TEPT crónico. Friedman y Davidson, «Pharmacotherapy for PTSD»; F. A. Fesler, «Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Clinical Psychiatry* 52, nº 9 (1991): 361-64. El siguiente estudio mostró una reducción del 37,4 % en el TEPT: S. Akuchekian y S. Amanat, «The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study», *Journal of Research in Medical Sciences* 9, nº 5 (2004): 240-44.

58. G. Bartzokis, et al., «Adjunctive Risperidone in the Treatment of

Chronic Combat- Related Posttraumatic Stress Disorder», *Biological Psychiatry* 57, nº 5 (2005): 474-79. Véase también D. B. Reich, et al., «A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women», *Journal of Clinical Psychiatry* 65, nº 12 (2004): 1601-6.

59. Los otros métodos incluyen intervenciones que generalmente ayudan a las personas traumatizadas a dormir, como los antidepresivos trazodone, las aplicaciones de sonidos binaurales, máquinas de luz y sonido como Proteus (www.brainmachines.com), monitores de la VRC como Hearthmath (http://www.heartmath.com), e iRest, una intervención efectiva basada en el yoga (http://www.irest.us).

60. D. Wilson, «Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young», *New York Times*, 1 de septiembre de 2010, disponible en http://www.nytimes.com/2010/09/02/business/02kids.html?pagewanted=all&_r=0.

61. M. Olfson, et al., «National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics», *Archives of General Psychiatry* 69, nº 12 (2012): 1247-56.

62. E. Harris, et al., «Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications», *FOCUS* 10, nº 3 (2012): 401-7.

63. B. A. van der Kolk, «The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress», *Harvard Review of Psychiatry* 1, nº 5 (1994): 253-65.

64. B. Brewin, «Mental Illness Is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops», Nextgov.com, 17 de mayo de 2012, http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause-hospitalization-active-duty-troops/55797/.

65. Gasto en fármacos de salud mental, Departamento de Asuntos para Veteranos. http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%%20CCHR%204.30.14.pdf.

CAPÍTULO 14: LENGUAJE: MILAGRO Y TIRANÍA

1. Dr. Spencer Eth a Bessel A. van der Kolk, marzo de 2002.
2. J. Breuer y S. Freud, «The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Londres: Hogarth Press, 1893). J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria* (Nueva York: Basic Books, 2009).
3. T. E. Lawrence, *Seven Pillars of Wisdom* (Nueva York: Doubleday, 1935).
4. E. B. Foa, et al., «The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation», *Psychological Assessment* 11, nº 3 (1999): 303-14.
5. K. Marlantes, *What It Is Like to Go to War* (New York: Grove Press, 2011).
6. Ibid., 114.
7. Ibid., 129.
8. H. Keller, *The World I Live In* (1908), ed. R. Shattuck (Nueva York: NYRB Classics, 2004). Véase también R. Shattuck, «A World of Words», *New York Review of Books*, 26 de febrero de 2004.
9. H. Keller, *The Story of My Life*, ed. R. Shattuck y D. Herrmann (Nueva York: Norton, 2003).
10. W. M. Kelley, et al., «Finding the Self? An Event-Related fMRI Study», *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, nº 5 (2002): 785-94. Véase también N. A. Farb, et al., «Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self- Reference», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, nº 4 (2007): 313-22. P. M. Niedenthal, «Embodying Emotion», *Science* 316, nº 5827 (2007): 1002-5; y J. M. Allman, «The Anterior Cingulate Cortex», *Annals of the New York Academy of Sciences* 935, nº 1 (2001): 107-17.
11. J. Kagan, diálogo con el Dalái Lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006. http://www.mindandlife.org/about/history/.

12. A. Goldman y F. de Vignemont, «Is Social Cognition Embodied?», *Trends in Cognitive Sciences* 13, nº 4 (2009): 154-59. Véase también A. D. Craig, «How Do You Feel Now? The Anterior Insula and Human Awareness», *Nature Reviews Neuroscience* 10 (2009): 59-70; H. D. Critchley, «Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration», *Journal of Comparative Neurology* 493, nº 1 (2005): 154-66; T. D. Wager, et al., «Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation», *Neuron* 59, nº 6 (2008): 1037-50; K. N. Ochsner, et al., «Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion», *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, nº 8 (2002): 1215-29; A. D'Argembeau, et al., «Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, nº 3 (2008): 244-52; Y. Ma, et al., «Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, nº 1 (2014): 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar, y A. S. Kim, «The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-Analysis», *Journal of Cognitive Neuroscience* 21, nº 3 (2009): 489-510; H. D. Critchley, «The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101, nº 17 (2004): 6333-34; y C. Lamm, C. D. Batson, y J. Decety, «The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal», *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, nº 1 (2007): 42-58.

13. J. W. Pennebaker, *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions* (Nueva York: Guilford Press, 2012), 12.

14. Ibid., p. 19.

15. Ibid., p.35.

16. Ibid., p. 50.

17. J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser, y R. Glaser, «Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, nº 2 (1988): 239-45.

18. D. A. Harris, «Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors», *Torture* 17, nº 2 (2007): 134-55; M. Bensimon, D. Amir, y Y. Wolf, «Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-traumatic Soldiers», *Arts in Psychotherapy* 35, nº 1 (2008): 34-48; M. Weltman, «Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused», *American Journal of Dance Therapy* 9, nº 1 (1986): 47-66; H. Englund, «Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi», *Social Science & Medicine* 46, nº 9 (1998): 1165-74; H. Tefferi, Building on Traditional Strengths: The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan (1996); D. Tolfree, *Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement* (Stockholm: Rädda Barnen, 1996), 158-73; N. Boothby, «Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises», en *Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence*, ed. R. Apfel y B. Simon (New Haven, CT: Yale University Press, 1996), 149-64; S. Sandel, S. Chaiklin, and Lohn, *Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace* (Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993); K. Callaghan, «Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence», *Arts in Psychotherapy* 20, nº 5 (1993): 411-21; A. E. L. Gray, «The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture», *American Journal of Dance Therapy* 23, nº 1 (2001): 29-43.

19. A. M. Krantz, y J. W. Pennebaker, «Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body», *Whole Person Healthcare* 3 (2007): 201-29.

20. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory* (Londres: Oxford University Press, 1975).

21. Estos hallazgos se han reproducido en los siguientes estudios: J. D. Bremner, «Does Stress Damage the Brain?», *Biological Psychiatry* 45, nº 7 (1999): 797-805; I. Liberzon, et al., «Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli», *Biological Psychiatry* 45, nº 7 (1999): 817-26; L. M. Shin, et al., «Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder: A Positron Emission Tomographic

Investigation», *Archives of General Psychiatry* 54, nº 3 (1997): 233-41; L. M. Shin, et al., «Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual Abuse-Related PTSD: A PET Investigation», *American Journal of Psychiatry* 156, nº 4 (1999): 575-84.

22. No estoy seguro de si este término lo creé yo o Peter Levine. Tengo un vídeo en el que él me acredita a mí, pero la mayor parte de lo que he aprendido sobre la pendulación lo he aprendido de él.

23. Un pequeño cuerpo de evidencia ofrece soporte a la afirmación de que la exposición y la estimulación de los puntos de acupresión dan mejores resultados y las estrategias de exposición que incorporan técnicas de relajación convencionales (www.vetcases.com). D. Church, et al., «Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study», *Traumatology* 18, nº 3 (2012): 73-79; y D. Feinstein y D. Church, «Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions», *Review of General Psychology* 14, nº 4 (2010): 283-95.

24. T. Gil, et al., «Cognitive Functioning in Post&traumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 3, nº 1 (1990): 29-45; J. J. Vasterling, et al., «Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons», *Neuropsychology* 16, nº 1 (2002): 5.

25. En un estudio sobre neuroimagen, los sujetos con TEPT desactivaron el área del habla de su cerebro, el área de Broca, en respuesta a palabras neutras. En otras palabras, el funcionamiento reducido del área de Broca que habíamos visto en pacientes con TEPT (véase el capítulo 3) no solo se producía como respuesta a los recuerdos traumáticos; también se producía cuando se les pedía que prestaran atención a palabras neutras. Esto significa que, como grupo, a los pacientes traumatizados les cuesta más articular lo que sienten y piensan sobre acontecimientos ordinarios. El grupo con TEPT también presentaba una activación menor de la corteza prefrontal medial (CPFm), el área del lóbulo frontal que, como hemos visto, transmite la conciencia de uno mismo, y reduce la activación de la amígdala, el detector de humo. Esto hacía que les

costara más suprimir la respuesta de miedo del cerebro frente a una simple tarea de lenguaje y, de nuevo, hacía que les costara más prestar atención y seguir adelante con su vida.Véase: K. A. Moores, C. R. Clark, A. C. McFarlane, G. C. Brown, A. Puce, y D. J. Taylor, «Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-neutral Information in Post-traumatic Stress Disorder», *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(2), 156-170.

26. J. Breuer y S. Freud, «The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Londres: Hogarth Press, 1893).

27. D. L. Schacter, *Searching for Memory* (Nueva York: Basic Books, 1996)

CAPÍTULO 15: LIBERAR EL PASADO: EMDR

1. F. Shapiro, *EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma* (Nueva York: Basic Books, 2004).

2. B. A. van der Kolk, et al., «A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance», *Journal of Clinical Psychiatry* 68, nº 1 (2007): 37-46.

3. J. G. Carlson, et al., «Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EDMR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 11, nº 1 (1998): 3-24.

4. J. D. Payne, et al., «Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese-Roediger-McDermott Memory Task», *Sleep* 29 (2006): A373.

5. B. A. van der Kolk y C. P. Ducey, «The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD», *Journal of Traumatic Stress* 2, nº 3 (1989): 259-74.

6. M. Jouvet, *The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming*, trans. Laurence Garey (Cambridge, MA: MIT Press, 1999).

7. R. Greenwald, «Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A New Kind of Dreamwork?» *Dreaming* 5, nº 1 (1995): 51-55.

8. R. Cartwright, et al., «REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression», *Psychiatry Research* 121, nº 2 (2003): 159-67. Véase también R. Cartwright, et al., «Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers», *Psychiatry Research* 81, nº 1 (1998): 1-8.

9. R. Greenberg, C. A. Pearlman, y D. Gampel, «War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep», *British Journal of Medical Psychology* 45, nº 1 (1972): 27-33. Ramon Greenberg y Chester Pearlman, así como nuestro laboratorio, descubrieron que los veteranos

traumatizados se despiertan en cuanto entran en el periodo de sueño REM. Mientras que muchas personas traumatizadas usan el alcohol para dormir mejor, ellos no pueden aprovechar todos los beneficios de los sueños (la integración y la transformación de los recuerdos) y por lo tanto puede contribuir a dificultar la superación de su TEPT.

10. B. van der Kolk, et al., «Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans», *American Journal of Psychiatry* 141, nº 2 (1984): 187-90.

11. N. Breslau, et al., «Sleep Disturbance y Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults», *Biological Psychiatry* 39, nº 6 (1996): 411-18.

12. R. Stickgold, et al., «Sleep-Induced Changes in Associative Memory», *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, nº 2 (1999): 182-93. Véase también R. Stickgold, «Of Sleep, Memories and Trauma», *Nature Neuroscience* 10, nº 5 (2007): 540-42; y Rasch, et al., «Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation», *Science* 315, nº 5817 (2007): 1426-29.

13. E. J. Wamsley, et al., «Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation», *Current Biology* 20, nº 9 (11 de mayo de 2010): 850-55.

14. R. Stickgold, «Sleep-Dependent Memory Consolidation», *Nature* 437 (2005): 1272-78.

15. R. Stickgold, et al., «Sleep-Induced Changes in Associative Memory», *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, nº 2 (1999): 182-93.

16. J. Williams, et al., «Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis», *Consciousness and Cognition* 1, nº 2 (1992): 172-85. Véase también Stickgold, et al., «Sleep-Induced Changes in Associative Memory».

17. M. P. Walker, et al., «Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle: REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving», *Cognitive Brain Research* 14 (2002): 317-24.

18. R. Stickgold, «EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action», *Journal of Clinical Psychology* 58 (2002): 61-75.

19. Existen varios estudios sobre cómo los movimientos oculares ayudan a procesar y a transformar los recuerdos traumáticos. M. Sack, et al., «Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)—Results of a Preliminary Investigation», *Journal of Anxiety Disorders* 22, nº 7 (2008): 1264-71; B. Letizia, F. Andrea, y C. Paolo, «Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder», *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 19, nº 4 (2007): 475-76; P. Levin, S. Lazrove, y B. van der Kolk. «What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing», *Journal of Anxiety Disorders* 13, nº 1-2, 159-72; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J. F. Drozd, «On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights from Qeeg Studies», *Traumatology* 15, nº 2 (2009): 81-95; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks, y L. Rudy, «High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD», *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 17, nº 4 (2005): 526-32; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato, y N. Kato, «Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder». *Neuroscience Research* 65, nº 4 (2009): 375-83; M. Pagani, G. Högberg, D. Salmaso, D. Nardo, Ö. Sundin, C. Jonsson, y T. Hällström, «Effects of EMDR Psychotherapy on 99mtc-HMPAO Distribution in Occupation-Related Post-Traumatic Stress Disorder», *Nuclear Medicine Communications* 28 (2007): 757-65; H. P. Söndergaard y U. Elofsson, «Psychophysiological Studies of EMDR», *Journal of EMDR Practice and Research* 2, nº 4 (2008): 282-88.

CAPÍTULO 16: APRENDER A VIVIR EN NUESTRO CUERPO: YOGA

1. La acupuntura y la acupresión se practican ampliamente entre los médicos orientados hacia el trauma y empiezan a estudiarse sistemáticamente como tratamientos para el TEPT clínico. M. Hollifield, et al., «Acupuncture for Post-traumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial», *Journal of Nervous and Mental Disease* 195, nº 6 (2007): 504-13. Los estudios que usan la RMf para medir los efectos de la acupuntura en las áreas cerebrales asociadas con el miedo recomiendan la acupuntura para producir una rápida regulación de esas regiones cerebrales. K. K. Hui, et al., «The Integrated Response of the Human Cerebro-Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI», *NeuroImage* 27 (2005): 479-96; J. Fang, et al., «The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling: Limbic-Paralimbic-Neocortical Network Modulation», *Human Brain Mapping* 30 (2009): 1196-206; D. Feinstein, «Rapid Treatment of PTSD: Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47, nº 3 (2010): 385-402; D. Church, et al., «Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomized Controlled Trial», *Journal of Nervous and Mental Disease* 201 (2013): 153-60; D. Church, G. Yount, y A. J. Brooks, «The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial», *Journal of Nervous and Mental Disease* 200 (2012): 891-96; R. P. Dhond, N. Kettner, y V. Napadow, «Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain», *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 603-16; K. K. Hui, et al., «Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects», *Human Brain Mapping* 9 (2000): 13-25.

2. M. Sack, J. W. Hopper, y F. Lamprecht, «Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual

Differences in Arousal Regulation», *Biological Psychiatry* 55, nº 3 (2004): 284-90. Véase también H. Cohen, et al., «Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma- Related Reminder», *Biological Psychiatry* 44, nº 10 (1998): 1054-59; H. Cohen, et al., «Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover», *European Neuropsychopharmacology* 17, nº 6 (2007): 464-77; y H. Wahbeh y B. S. Oken, «Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD», *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, nº 1 (2013): 57-69.

3. J. W. Hopper, et al., «Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Psychosomatic Research* 60, nº 1 (2006): 83-90.

4. Los experimentos de Arieh Shalev de la Hadassah Medical School de Jerusalén y de Roger Pitman en Harvard también apuntaron en esta dirección: A. Y. Shalev, et al., «Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study», *American Journal of Psychiatry* 157, nº 2 (2000): 255-61; R. K. Pitman, et al., «Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans», *Archives of General Psychiatry* 44, nº 11 (1987): 970-75; A. Y. Shalev, et al., «A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry* 55, nº 6 (1998): 553-59.

5. P. Lehrer, Y. Sasaki, y Y. Saito, «Zazen and Cardiac Variability», *Psychosomatic Medicine* 61, nº 6 (1999): 812-21. Véase también R. Sovik, «The Science of Breathing: The Yogic View», *Progress in Brain Research* 122 (1999): 491-505; P. Philippot, G. Chapelle, y S. Blairy, «Respiratory Feedback in the Generation of Emotion», *Cognition & Emotion* 16, nº 5 (2002): 605-27; A. Michalsen, et al., «Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program», *Medical Science Monitor* 11, nº 12 (2005): 555-61; G. Kirkwood, et al., «Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research Evidence», *British Journal of Sports Medicine* 39 (2005): 884-91; K. Pilkington, et al., «Yoga for

Depression: The Research Evidence», *Journal of Affective Disorders* 89 (2005): 13-24; y P. Gerbarg and R. Brown, «Yoga: A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees», *Current Psychiatry* 4 (2005): 55-67.

6. B. Cuthbert, et al., «Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation», *Journal of Experimental Psychology* 110 (1981): 518-46. Véase también S. B. S. Khalsa, «Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies», *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 48 (2004): 269-85; M. M. Delmonte, «Meditation as a Clinical Intervention Strategy: A Brief Review», *International Journal of Psychosomatics* 33 (1986): 9-12; I. Becker, «Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine», en *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, vol. 19, ed. P. R. Muskin (Washington D. C.: American Psychiatric Press, 2008); L. Bernardi, et al., «Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity», *Journal of Hypertension* 19, nº 12 (2001): 2221-29; R. P. Brown y P. L. Gerbarg, «Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic Model», *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 189-201; R. P. Brown y P. L. Gerbarg, «Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines», *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 711-17; C. C. Streeter, et al., «Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study», *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 419-26; y C. C. Streeter, et al., «Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study», *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 16 (2010): 1145-52.

7. Existen docenas de artículos científicos que demuestran el efecto positivo del yoga para varias patologías médicas. La siguiente es una pequeña muestra: S. B. Khalsa, «Yoga as a Therapeutic Intervention»; P. Grossman, et al., «Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis», *Journal of Psychosomatic Research* 57 (2004): 35-43; K. Sherman, et al., «Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled

Trial», *Annals of Internal Medicine* 143 (2005): 849-56; K. A. Williams, et al., «Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain», *Pain* 115 (2005): 107-17; R. B. Saper, et al., «Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial», *Alternative Therapies in Health and Medicine* 15 (2009): 18-27; J. W. Carson, et al., «Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study», *Journal of Pain and Symptom Management* 33 (2007): 331-41.

8. B. A. van der Kolk, et al., «Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD», *Journal of Clinical Psychiatry* 75, nº 6 (junio de 2014): 559-65.

9. Una compañía de California, HeartMath, ha desarrollado unos excelentes dispositivos y juegos de ordenador que son divertidos y efectivos y que ayudan a la gente a tener una mejor VRC. Hasta la fecha, nadie ha estudiado si simples dispositivos como los desarrollados por HeartMath pueden reducir los síntomas del TEPT, pero es muy probable que así sea (véase www.heart-math.org.)

10. En el momento de escribir estas líneas, hay 24 apicaciones disponibles en iTunes que afirman ayudar a aumentar la VRC, como emWave, HeartMath, y GPS4Soul.

11. B. A. van der Kolk, «Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, nº 1 (2006): 277-93.

12. S. Telles, et al., «Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind», *International Journal of Psychophysiology* 14, nº 3 (1993): 189-98. Véase también P. L. Gerbarg, «Yoga and Neuro-Psychoanalysis», En *Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension*, ed. Frances Sommer Anderson (Nueva York: Analytic Press, 2008), 127-50.

13. D. Emerson y E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga: Reclaiming Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2011).

14. A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (Nueva York: Harcourt, 1999).

15. «Interocepción» es el nombre científico de esta capacidad de autopercepción básica. Los estudios cerebrales de personas

traumatizadas han mostrado repetidamente problemas en las áreas cerebrales relacionadas con la concienciación, especialmente el área conocida como ínsula. J. W. Hopper, et al., «Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script&Driven Trauma Imagery», *Journal of Traumatic Stress* 20, nº 5 (2007): 713-25. Véase también I. A. Strigo, et al., «Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence», *Biological Psychiatry* 68, nº 5 (2010): 442-50; G. A. Fonzo, et al., «Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder», *Biological Psychiatry* 68, nº 5 (2010): 433-41; P. A. Frewen, et al., «Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates», *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2, nº 2 (2010): 145-57; K. Felmingham, et al., «Dissociative Responses to Conscious and Non-conscious Fear Impact Underlying Brain Function in Post-traumatic Stress Disorder», *Psychological Medicine* 38, nº 12 (2008): 1771-80; A. N. Simmons, et al., «Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence», *Biological Psychiatry* 64, nº 8 (2008): 681-90; R. J. L. Lindauer, et al., «Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial», *Psychological Medicine* 38, nº 4 (2008): 543-54 y A. Etkin y T. D. Wager, «Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia», *American Journal of Psychiatry* 164, nº 10 (2007): 1476-88.

16. J. C. Nemiah y P. E. Sifneos, «Psychosomatic Illness: A Problem in Communication», *Psychotherapy and Psychosomatics* 18, nº 1-6 (1970): 154-60. Véase también G. J. Taylor, R. M. Bagby, y J. D. A. Parker, *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 1997).

17. A. R. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness* (Nueva York: Random House, 2000), 28.

18. B. A. van der Kolk, «Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, nº 1 (2006): 277-93. Véase también B. K. Hölzel, et al., «How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective», *Perspectives on Psychological Science* 6, nº 6 (2011): 537-59.

19. B. K. Hölzel, et al., «Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density», *Psychiatry Research: Neuroimaging* 191, nº 1 (2011): 36-43. Véase también B. K. Hölzel, et al., «Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala», *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5, nº 1 (2010): 11-17; y S. W. Lazar, et al., «Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness», *NeuroReport* 16 (2005): 1893-97.

CAPÍTULO 17: UNIR LAS PIEZAS: AUTOLIDERAZGO

1. R. A. Goulding y R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors* (Nueva York: Norton, 1995), 4.
2. J. G. Watkins y H. H. Watkins, *Ego States* (Nueva York: Norton, 1997). Jung llama a las partes de la personalidad *arquetipos* y *complejos*; los esquemas de la psicología cognitiva y la literatura sobre DID se refieren a ellas como *otros*. Véase también J. G. Watkins y H. H. Watkins, «Theory and Practice of Ego State Therapy: A Short-Term Therapeutic Approach», *Short-Term Approaches to Psychotherapy* 3 (1979): 176-220; J. G. Watkins y H. H. Watkins, «Ego States and Hidden Observers», *Journal of Altered States of Consciousness* 5, nº 1 (1979): 3-18; y C. G. Jung, *Lectures: Psychology and Religion* (New Haven, CT: Yale University Press, 1960).
3. W. James, *The Principles of Psychology* (Nueva York: Holt, 1890), 206.
4. C. Jung, *Collected Works*, vol. 9, *The Archetypes and the Collective Unconscious* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1955/1968), 330.
5. C. Jung, *Collected Works*, vol. 10, *Civilization in Transition* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957/1964), 540.
6. Ibid., 133.
7. M. S. Gazzaniga, *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind* (Nueva York: Basic Books, 1985), 90.
8. Ibid., 356.
9. M. Minsky, *The Society of Mind* (Nueva York: Simon & Schuster, 1988), 51.
10. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 290.
11. O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, y K. Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*

(Nueva York: W. W. Norton, 2006); R. P. Kluft, *Shelter from the Storm* (autopublicación, 2013).

12. R. Schwartz, *Internal Family Systems Therapy* (Nueva York: Guilford Press, 1995).

13. Ibid., p. 34.

14. Ibid., p. 19.

15. Goulding y Schwartz, *Mosaic Mind*, 63.

16. J. G. Watkins, 1997, lo ilustra como un ejemplo de depresión personificadora: «Debemos saber cuál es el sentido imaginal de la depresión y quién, qué personaje la sufre».

17. Richard Schwartz, comunicación personal.

18. Goulding y Schwartz, *Mosaic Mind*, 33.

19. A. W. Evers, et al., «Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial», *Pain* 100, nº 1-2 (2002): 141-53; E. K. Pradhan, et al., «Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients», *Arthritis & Rheumatology* 57, nº 7 (2007): p. 1134-42; J. M. Smyth, et al., «Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial», *JAMA* 281, nº 14 (1999): 1304-9; L. Sharpe, et al., «Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis», *Rheumatology (Oxford)* 42, nº 3 (2003): 435-41; H. A. Zangi, et al., «A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases: A Randomised Con- trolled Trial», *Annals of the Rheumatic Diseases* 71, nº 6 (2012): 911-17.

CAPÍTULO 18: RELLENAR LOS HUECOS: CREAR ESTRUCTURAS

1. Pesso Boyden System Psychomotor. Véase http://pbsp.com y PESSO, A. y BOYDEN, D. *La terapia Pesso-Boyden*. Barcelona: Editorial Elefthería, 2011.

2. D. Goleman, *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships* (Nueva York: Random House Digital, 2006).

3. A. Pesso, «PBSP: Pesso Boyden System Psychomotor», en *Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies, ed*. S. Caldwell (Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, 1997); A. Pesso, *Movement in Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training* (Nueva York: New York University Press, 1969); A. Pesso, *Experience in Action: A Psychomotor Psychology* (Nueva York: New York University Press, 1973); Pesso y J. Crandell, eds., *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor* (Cambridge, MA: Brookline Books, 1991); M. Scarf, *Secrets, Lies, and Betrayals* (Nueva York: Ballantine Books, 2005); M. van Attekum, *Aan Den Lijve* (Netherlands: Pearson Assessment, 2009); y A. Pesso, «The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience», en *Handbook of Body-Psychotherapy / Handbuch der Körperpsychotherapie*, ed. H. Weiss y G. Marlock (Stuttgart, Alemania: Schattauer, 2006).

4. Luiz Pessoa y Ralph Adolphs, «Emotion Processing and the Amygdala: from a "Low Road" to "Many Roads" of Evaluating Biological Significance», *Nature Reviews Neuroscience* 11, nº 11 (2010): 773-83.

CAPÍTULO 19: REPROGRAMAR EL CEREBRO: NEUROFEEDBACK

1. H. H. Jasper, P. Solomon, y C. Bradley, «Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children», *American Journal of Psychiatry* 95 (1938): 641-58; P. Solomon, H. H. Jasper, y C. Braley, «Studies in Behavior Problem Children», *American Neurology and Psychiatry* 38 (1937): 1350-51.

2. Martin Teicher, de la Harvard Medical School, ha realizado muchos estudios que documentan anomalías del lóbulo temporal en adultos que sufrieron abusos en la infancia: M. H. Teicher, et al., «The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment», *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, nº 1-2 (2003): 33-44; M. H. Teicher, et al., «Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients», *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 5, nº 3 (1993): 301-6; M. H. Teicher, et al., «Sticks, Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most», *American Journal of Psychiatry* (2012).

3. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (Nueva York: Norton, 2014).

4. J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback* (Nueva York: W. W. Norton, 2005). Véase también R. J. Davidson, «Affective Style and Affective Disorders: Prospectives from Affective Neuroscience», *Cognition and Emotion* 12, nº 3 (1998): 307-30; y R. J. Davidson, et al., «Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion», *Current Opinion in Neurobiology* 9 (1999): 228-34.

5. J. Kamiya, «Conscious Control of Brain Waves», *Psychology Today*, abril de 1968, 56-60. Véase también D. P. Nowlis, y J. Kamiya, «The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity», *Psychophysiology* 6, nº 4 (1970): 476-84; y D. Lantz y M. B. Sterman, «Neuro-psychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training», *Epilepsia* 29, nº 2 (1988): 163-71.

6. M. B. Sterman, L. R. Macdonald, y R. K. Stone, «Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy», *Epilepsia* 15, nº 3 (1974): 395-416. Un reciente metaanálisis de 87 estudios mostró que el neurofeedback condujo a una reducción significativa de la frecuencia de convulsiones en aproximadamente el 80 % de los epilépticos que recibieron la formación. Gabriel Tan, et al., «Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy», *Clinical EEG and Neuroscience* 40, nº 3 (2009): 173-79.

7. Forma parte del mismo circuito de autoconcienciación que describí en el capítulo 5. Álvaro Pascual-Leone ha demostrado que, cuando desconectamos temporalmente el área por encima de la corteza prefrontal medial con estimulación magnética transcraneal (EMT), la gente temporarlmente puede no identificar a quién está viendo cuando se mira en un espejo. J. Pascual-Leone, «Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom», *Journal of Adult Development* 7, nº 4 (2000): 241-54.

8. http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback/.

9. S. Rauch, et al., «Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery», *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): 380-87. Otros tres estudios que usaron una nueva forma de ver el cerebro, la magnetoencefalografía (MEG), mostraron que las personas con TEPT sufren una mayor activación de la corteza temporal derecha: C. Catani, et al., «Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, nº 6 (2009): 340-51; B. E. Engdahl, et al., «Post-traumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?» *Journal of Neural Engineering* 7, nº 6 (2010): 066005; A. P. Georgopoulos, et al., «The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap», *Journal of Neural Engineering* 7, nº 1 (2010): 016011.

10. Según la escala del TEPT administrada por el médico (CAPS).

11. Según el inventario de autocapacidades alteradas (IASC) de John Briere.

12. Los ritmos alfa posteriores y centrales son generados por las redes talamocorticales; los ritmos beta son generados por las redes corticales locales; y el ritmo theta de la línea media frontal (el único ritmo theta saludable del cerebro humano) hipotéticamente es generado por la red neuronal septohipocámpica. Para una revisión reciente, véase J. Kropotov, *Quantitative EEG, ERP's and Neurotherapy (*Amsterdam: Elsevier, 2009).

13. H. Benson, «The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology», *Trends in Neurosciences* 6 (1983): 281-84.

14. Tobias Egner y John H. Gruzelier, «Ecological Validity of Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance», *Neuroreport* 14, nº 9 (2003): 1221-24; David J. Vernon, «Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research», *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 30, nº 4 (2005): 347-64.

15. «Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup—Is It All in Their Minds?» Bio-Medical.com, 2 de junio de 2011, http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouver-canucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds/.

16. M. Beauregard, *Brain Wars* (Nueva York: HarperCollins, 2013), p. 33.

17. J. Gruzelier, T. Egner, y D. Vernon, «Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance», *Progress in Brain Research* 159 (2006): 421-31. Véase también D. Vernon y J. Gruzelier, «Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance», en *Mind-Body and Relaxation Research Focus*, ed. B. N. De Luca (Nueva York: Nova Science, 2008), 149-64.

18. Véase, por ejemplo, M. Arns, et al., «Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis», *Clinical EEG and Neuroscience* 40, nº 3 (2009): 180-89; T. Rossiter, «The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part I: Review of Methodological Issues», *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29,

nº 2 (junio de 2004): 95-112; T. Rossiter, «The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part II: Replication», *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, nº 4 (2004): 233-43; y L. M. Hirshberg, S. Chiu, y J. A. Frazier, «Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents: Overview and Clinical Perspective», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, nº 1 (2005): 1-19.

19. Para saber más sobre qEEG, véase http://thebrainlabs.com/qeeg.shtml

20. N. N. Boutros, M. Torello, y T. H. McGlashan, «Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence», *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15 (2003): 145-54.

21. En el capítulo 17 hemos visto lo esencial que es cultivar un estado de autoobservación constante y tranquilo, que los SFI llaman un estado de «estar en el yo». Dick Schwartz afirma que, con persistencia, cualquiera puede lograr este estado, y yo le he visto ayudar a personas muy traumatizadas a hacer precisamente esto. Yo no domino tanto, y la mayoría de mis pacientes más gravemente traumatizados se ponen frenéticos o se encierran cuando nos acercamos a temas que les angustian. Otros se sienten tan crónicamente fuera de control que les cuesta percibir a su «yo». En la mayoría de los entornos psiquiátricos, a las personas con estos problemas se les administra medicación para estabilizarlas. En ocasiones funciona, pero muchos pacientes pierden su motivación y su empuje. En nuestro estudio controlado aleatorizado sobre el neurofeedback, los pacientes crónicamente traumatizados presentaron una reducción de aproximadamente el 30 % en los síntomas del TEPT y una mejora significativa en las mediciones de la función ejecutiva y del control emocional (van der Kolk et al., presentado en 2014).

22. Los niños traumatizados con déficits de integración sensorial necesitan programas desarrollados específicamente para sus necesidades. Actualmente, los líderes de esta iniciativa son mi compañera del Trauma Center Elizabeth Warner y Adele Diamond de la Universidad de British Columbia.

23. R. J. Castillo, «Culture, Trance, and the Mind-Brain», *Anthropology of*

Consciousness 6, nº 1 (marzo de 1995): 17-34. Véase también B. Inglis, *Trance: A Natural History of Altered States of Mind* (Londres: Paladin, 1990); N. F. Graffin, W. J. Ray, y R. Lundy, «EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility», *Journal of Abnormal Psychology* 104, nº 1 (1995): 123-31; D. L. Schacter, «EEG Theta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis», *Biological Psychology* 5, nº 1 (1977): 47-82; y M. E. Sabourin, et al., «EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence», *International Journal of Psychophysiology* 10, nº 2 (1990): 125-42.

24. E. G. Peniston y P. J. Kulkosky, «Alpha-Theta Brainwave Neuro-Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder», *Medical Psychotherapy* 4 (1991): 47-60.

25. T. M. Sokhadze, R. L. Cannon, y D. L. Trudeau, «EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research», *Journal of Neurotherapy* 12, nº 1 (2008): 5-43.

26. R. C. Kessler, «Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society», *Journal of Clinical Psychiatry* 61, supl. 5 (2000): 4-14. Véase también R. Acierno, et al., «Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Post-traumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships», *Journal of Anxiety Disorders* 13, nº 6 (1999): 541-63; y H. D. Chilcoat y N. Breslau, «Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders», *Addictive Behaviors* 23, nº 6 (1998): 827-40.

27. S. L. Fahrion, et al., «Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors, and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16, nº 3 (junio de 1992): 547-52; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood, y Z. Taintor, «Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1», *International Journal of Addiction* 11, nº 6 (1976): 1085-89; R. F. Kaplan, et al., «Power and Coherence Analysis of the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls», *Journal of Studies on Alcohol* 46 (1985): 122-27; Y. Lamontagne et al., «Alpha and EMG

Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study», *Canadian Psychiatric Association Journal* 22, nº 6 (octubre de 1977): 301-10; Saxby and E. G. Peniston, «Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms», *Journal of Clinical Psychology* 51, nº 5 (1995): 685-93; W. C. Scott, et al., «Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, nº 3 (2005): 455-69; y D. L. Trudeau, «Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents», *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, nº 1 (enero de 2005): 125-36.

28. E. G. Peniston, «EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Post-traumatic Stress Disorder», *Clinical Biofeedback and Health* 9 (1986): 35-41.

29. Eugene G. Peniston y Paul J. Kulkosky, «Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder», *Medical Psychotherapy* 4, nº 1 (1991): 47-60.

30. Otro grupo presentó resultados similares siete años después: W. C. Scott, et al., «Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, nº 3 (2005): 455-69.

31. D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze, y R. L. Cannon, «Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency», en la introducción de *Quantitative EEG and Neurofeedback: Advanced Theory and Applications*, ed. T. Budzynski, et al. (Amsterdam: Elsevier, 1999), 241-68; F. D. Arani, R. Rostami, y M. Nostratabadi, «Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients», *Clinical EEG and Neuroscience* 41, nº 3 (2010): 170-77; F. Dehghani-Arani, R. Rostami, y H. Nadali, «Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving», *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, nº 2 (2013): 133-41; J. Luigjes, et al., «Neuromodulation as an Intervention for Addiction: Overview and Future Prospects», *Tijdschrift voor psychiatrie* 55, nº 11 (2012): 841-52.

32. S. Othmer, «Remediating PTSD with Neurofeedback», 11 de octubre

de 2011, http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf.

33. F. H. Duffy, «The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) en 2000: An Editor's Opinion», an editorial in *Clinical Electroencephalography* 31, nº 1 (2000): v-viii.

34. Thomas R. Insel, «Faulty Circuits», *Scientific American* 302, nº 4 (2010): 44-51.

35. T. Insel, «Transforming Diagnosis», National Insitute of Mental Health, Director's Blog, 29 de abril de 2013, http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

36. Joshua W. Buckholtz y Andreas Meyer-Lindenberg, «Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk for Mental Illness», *Neuron* 74, nº 4 (2012): 990-1004.

37. F. Collins, «The Symphony Inside Your Brain», NIH Director's Blog, 5 de noviembre de 2012, http://directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphony-inside-your-brain/.

CAPÍTULO 20. ENCONTRAR NUESTRA VOZ: RITMOS COMUNITARIOS Y TEATRO

1. F. Butterfield, «David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans», *New York Times*, 10 de octubre de 1998. Para saber más sobre el nuevo centro, véase http://www.nechv.org/historyatnechv.html.

2. P. Healy, «The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles», *New York Times*, 11 de noviembre de 2009. Para saber más sobre el proyecto de Doerries, véase http://www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview.

3. Sara Krulwich, «The Theater of War», *New York Times*, 11 de noviembre de 2009.

4. W. H. McNeill, *Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997).

5. Plutarch, *Lives*, vol. 1 (Digireads.com, 2009), 58.

6. M. Z. Seitz, «The Singing Revolution», *New York Times*, 14 de dicembre de 2007.

7. Para saber más sobre Urban Improv, véase http://www.urbanimprov.org/.

8. El sitio web del Trauma Center Web ofrece el currículim descargable completo de un programa de cuarto curso de Urban Improv que puede ser utilizado por los maestros a nivel nacional. http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php.

9. Para saber más sobre el Possibility Project, véase http://the-possibility-project.org/.

10. Para saber más sobre Shakespeare in the Courts, véase http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/.

11. C. Kisiel, et al., «Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children», *Journal of School Violence* 5, nº 2 (2006): 19-36.

12. Los líderes de Urban Improv y del Trauma Center fueron la doctora

Amie Alley, la doctora Margaret Blaustein, Toby Dewey, Ron Jones, Merle Perkins, Kevin Smith, Faith Soloway y el doctor Joseph Spinazzola.

13. H. Epstein y T. Packer, *The Shakespeare & Company Actor Training Experience* (Lenox MA, Plunkett Lake Press, 2007); H. Epstein, *Tina Packer Builds a Theater* (Lenox, MA: Plunkett Lake Press, 2010).

Índice